

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1968

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

353

par

DUPUIS Guy

Né le 12 Octobre 1938 à Neuilly s/ Seine
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

LUXATION RECIDIVANTE DE L'EPAULE. LA BUTEE CORACOIDIENNE PRE-
GLENOIDIENNE. TYPE OPERATION DE LATARJET (Variante
Technique et Résultats)

Président : M. Paul PADOVANI - Professeur.

T H E S E
pour le
DOCTORAT en MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

DUPUIS Guy

Né le 12 Octobre 1938 à Neuilly s/ Seine
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

LUXATION RECIDIVANTE DE L'EPAULE. LA BUTEE CORACOIDIENNE PRE-
GLENOIDIENNE. TYPE OPERATION DE LATARJET (Variante
Technique et Résultats)

Président : M. Paul PADOVANI - Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.),
 HALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.),
 ((B.)), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.)
 ARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.)
 Y-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.)
 LONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.),
 NU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN	Georges BROUET.
1er ASSESSEUR	{ Daniel BARGETON
2ème ASSESSEUR	{ Jean GOSSET

I- PROFESSEURS

CHAIRS DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
"	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Esthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
" "	POLONOVSKI (J.)
" "	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Physiologie médicale	BUGNARD (L.)
" "	DOGNON (A.)
" "	DJOURNO (A.)
Oncologie expérimentale	MATHE (G.)
Immunologie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Embryologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
" "	GOUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	EASQUELLE (R.)
Parasitologie	N ...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
" "	KUSS (R.)
" "	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
" "	BRICAIRE (H.)
" "	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)

macologie
"
iologie
"
iologie et pathologie obstétricales
iologie médicale
nique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
apeutique
apeutique appliquée

BOISSIER (J.R.)
LECHAT (P.)
BARGETON (D.)
PARROT (J.)
LEPAGE (F.)
DESGREZ (H.)
N...
LAMOTTE (M.)
N...

b) Professeurs à titre personnel :

omie
omie anthropologique
omie pathologique
ériologie
himie médicale
ogie médicale
sitologie
ologie expérimentale

CABROL (Ch.)
OLIVIER (G.)
NEZELOF (Ch.)
BARBIER (P.)
DREYFUS (J.Cl.)
BOURLIERE (F.)
LARIVIERE (M.)
LOEPER (J.)
(DEJOURS (P.)
(SCHERRER (J.)
(KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.Cl.)
(TUBIANA (M.)
FISCHGOLD (H.)

iologie

ique médicale

ologie médicale

CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

mm.

ique carcinologique
ique carcinologique chirurgicale (Necker)
ique cardiologique (Broussais)
" (Boucicaut)

DENOIX P.
REDON (H.)
SOULIE (P.)
LENEGRE (J.)
LORTAT-JACOB (J.L.)
BAUMANN (J.)
LEGER (L.)
PATEL (J.)
GOSSET (J.)
SICARD (A.)
OLIVIER (Cl.)

(Beaujon
"
(Cochin
Hôtel-Dieu
Saint-Antoine
Salpêtrière
Tenon

ique chirurgicale orthopédique et traumatologique(Cochin)

MERLE D'AUGIGNE (R.)

" " " " (Foch)
" " " " (Beaujon)

PADOVANI (P.)
CAUCHOIX (J.)

ique de chirurgie infantile et orthopédique
(Enfants-Malades)

FEVRE (M.)
DUBOST (Ch.)
MATHEY (J.)
DUPERRAT (F.)
DECOURT (J.)
LAMY (M.)

ique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)

ique de chirurgie thoracique (Laennec)

ique dermatologique (Saint-Louis)

ique endocrinologique (Pitié)

ique de Génétique médicale (Enfants-Malades)

clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)
 clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)
 clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)
 clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)
 clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)
 clinique des maladies du sang (Broussais)
 clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)
 (Bicêtre
 Broussais
 Cochin
 cliniques médicales Hôtel-Dieu
 Pitié
 Saint-Antoine
 Saint-Antoine
 Saint-Antoine
 clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)
 clinique médicale infantile et pédiatrie sociale
 (Enfants-Malades)
 clinique médicale propédeutique (Broussais)
 clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies
 métaboliques (Hôtel-Dieu)
 clinique néphrologique (Necker)
 clinique de neuro-chirurgie (Pitié)
 clinique neurologique (Salpêtrière)
 cliniques obstétricales (Baudelocque
 Saint-Antoine
 clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)
 clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)
 " " (Cochin)
 clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)
 clinique de pédiatrie (Trousseau)
 clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)
 clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)
 clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)
 clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)
 clinique de rhumatologie (Lariboisière)
 clinique stomatologique (Salpêtrière)
 clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)
 clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)
 clinique toxicologique (F. Widal)
 clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)
 clinique urologique (Cochin)
 " " (Necker)
 clinique et clinique de la première enfance (Trousseau)
 étiologie médicale (A. Chantin)
 " " (Lariboisière)
 " " (Pitié)
 " " (Rothschild)
 étiologie et clinique chirurgicales (Broussais)

HUGUIER (J.)
 DEGOS (R.)
 TURPIN (R.)
 MOLLARET (P.)
 DELAY (J.)
 BERNARD (J.)
 CASTAIGNE (P.)
 DEPARIS (M.)
 MILLIEZ (P.)
 N...
 BARIETY (M.)
 DREYFUS (G.)
 CONTE (M.)
 KOURILSKY (R.)
 BOUDIN (G.)
 DEBRAY (Ch.)
 MARIE (J.)
 JUSTIN-BESANCON (L.)
 DEROT (M.)
 HAMBURGER (J.)
 DAVID (M.)
 GARCIN (R.)
 LACOMME (M.)
 MERGER (R.)
 VARANGOT (J.)
 OFFRET (G.)
 BREGEAT (P.)
 AUBRY (M.)
 MOZZICONACCI (P.)
 THIEFFRY (S.)
 BROUET (G.)
 MICHAUX (L.)
 COSTE (F.)
 SEZE (S.de)
 DECHAUME (M.)
 ROUX (M.)
 LEMAIRE (A.)
 GAULTIER (M.)
 JUDET (R.)
 ABOULKER (P.)
 COUVELAIRE (R.)
 LAPLANE (R.)
 DOMART (A.)
 BOUVRAIN (Y.)
 RAMBERT (P.)
 WOLFROMM (R.)
 POILEUX (F.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549932_0024

b) Professeurs à titre personnel :

MM.

toologie	{ ANDRE (R.)
ologie et climatologie	{ BOUSSER (J.)
diés infectieuses	{ GIBERTON (A.)
	{ BASTIN (R.)
	{ AZERAD (E.)
	{ BOUR (H.)
	{ CAROLI (J.)
	{ DREYFUS (B.)
	{ GROSSIORD (A.)
icine	{ LAMBLING (A.)
	{ LAUNAY (Cl.)
	{ PAYET (M.)
	{ PERRAULT (M.)
	{ SIGUIER (F.)
	{ WORMS (R.)
rologie	{ RICHEL (G.)
o-chirurgie	{ LE BEAU (J.)
ologie	{ LHERMITTE (F.)
o-psychiatrie	{ PICHOT (P.)
Rhino-Laryngologie	{ MADURO (R.)
atrie	{ POLONOVSKI (Cl.)
	{ ROYER (P.)
mo-Phtisiologie	{ KREIS (B.)
	{ MEYER (A.)
atologie	{ DELBARRE (F.)

II- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

omie pathologique	{ GOUYGOU (Ch.)
ériologie	{ CHRISTOL (D.)
	{ CARTIER (P.)
himie médicale	{ GONNARD (P.)
	{ NORDMANN (J.)
ogie médicale	{ HARTMANN (L.)
urgie	{ CERBONNET (G.)
atologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.)
diés infectieuses	{ DUPONT (V.)
o-psychiatrie	{ TARDIEU (G.)
atrie	{ ROSSIER (A.)
ique médicale	{ COURSAGET (J.)
	{ GREMY (F.)
siologie	{ GIRARD (Fr.)
atologie	{ CHAPUT (Mme A.)

III- PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

ériologie
ologie chirurgicale

HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV- PROFESSEURS ASSOCIES

onologie MORICARD (R.)
istique médicale et épidémiologie SCHWARTZ (D.)

étaire général de la Faculté M. LENA (J.)
eiller administratif Mlle CHAINTREUIL (G.)
ervateur en Chef de la Bibliothèque-(
ervateur du Musée d'Histoire de la { M. le Docteur HAHN (A.)
Médecine {
ervateurs (Miles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
..... (LE NOIR (G.)
..... (Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
iothécaires (Miles DUROZOY (M.F.), ROBERGE (D.),
..... (Dr. SCHILLER (J.)

A MA FEMME

Qui est tout pour moi

A MES PARENTS

Que je remercie pour le métier qu'ils
m'ont permis de choisir et d'apprendre.
Avec ma plus profonde affection.

A Michel THIRAUT

Qui est pour moi un frère

A MES FRERES ET SOEURS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A Monsieur le Professeur Paul PADOVANI

Professeur de Clinique de Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique.
Membre de la Société Française de
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Membre de l'Académie de Chirurgie.
Officier de la Légion d'Honneur.

Mon Maître d'Internat et Président de Thèse
qui m'a fait l'honneur de me confier ce travail
et qui, avec bienveillance et patience, m'a
appris et fait aimer l'orthopédie.

En témoignage de respectueuse gratitude et de
fidèle attachement.

Au Docteur Claude CEDARD

que je remercie particulièrement pour
l'aide qu'il m'a apportée dans ce travail
et pour l'amitié avec laquelle il a guidé
mes débuts en orthopédie.

Au Docteur Jean-Jacques RAINAUT

qui m'a appris la rigueur, m'a fait profiter
de son expérience et que je remercie pour
son amical enseignement.

En remerciements à Mademoiselle BLANCHOT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTERNAT :

Monsieur le Docteur B. JAMAIN
le Docteur G.C. SIMON (Montfermeil)
le Professeur A. SICARD
le Professeur H. REDON
le Professeur ag. J. LOYGUE

Ainsi qu'à Messieurs :

le Docteur R. JULLIEN
le Docteur A. BRILLARD
le Docteur R. LEGRAND
le Docteur A. LETESSIER
le Professeur agrégé Y. GERARD
le Professeur agrégé J. NATALI
le Professeur agrégé G. LAVARDE
le Professeur agrégé M. DUPAS
le Docteur B. CAZES
le Docteur J.J. FASANO
le Docteur D. JOLLY
le Docteur P. SALLE
le Professeur ag. M. MALAFOSSE

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur R. JUDET
le Professeur M. CONTE
le Professeur M. DEPARIS
le Docteur A. SARRAZIN
le Professeur J. FACQUET

A MES CAMARADES ET AMIS : P. BEGUE

J. MELET

J.F. MECHIN

I N T R O D U C T I O N

On a coutume d'appeler luxation récidivante de l'épaule toute luxation de l'épaule se reproduisant à l'occasion de traumatismes peu importants, qui normalement ne l'auraient pas provoquée.

Le nombre de luxations récidivantes de l'épaule par rapport au nombre total de luxations de cette articulation n'est pas négligeable puisque dans certaines statistiques il atteint 30 %.

Cette affection constitue pour le sujet qui en est porteur un handicap important, tant dans la vie professionnelle que familiale et éventuellement sportive. Elle le contraint à limiter volontairement les mouvements de son épaule luxable, car le nombre et la fréquence des récidives augmentent le plus souvent avec le temps et ceci pour des traumatismes de plus en plus minimes.

La crainte de la récidive qui survient chez certains pour les gestes les plus simples de la vie quotidienne (comme fermer la porte d'une automobile pour deux de nos malades) ou même au cours du sommeil, conduit le malade à réclamer une intervention qui doit lui permettre de reprendre une activité normale.

Nous n'envisagerons ici que les luxations récidivantes antérieures de l'épaule (de très loin les plus fréquentes).

Le seul traitement de cette affection est un traitement chirurgical, mais le nombre des interventions proposées dit bien sa difficulté.

Nous n'avons pas la prétention ici de passer en revue toutes ces techniques, mais nous rappellerons les principaux procédés de butées osseuses et décrirons en particulier la technique utilisée dans le service à propos de 32 cas.

Auparavant nous examinerons brièvement les principales données étiologiques et anatomo-pathologiques.

I- ETIOLOGIE

A- LA FREQUENCE

La fréquence des luxations récidivantes de l'épaule est grande par rapport au nombre total des luxations de cette articulation. 102 récidives sur une statistique de 500 luxations de l'épaule (1).

Ces luxations surviennent en général assez tôt après le premier accident, la plupart dans les deux premières années (1).

B- L'AGE

Les luxations récidivantes de l'épaule touchent essentiellement les sujets jeunes, classiquement entre 20 et 30 ans. Deux statistiques portant sur plus de cent malades montrent, l'une un maximum de fréquence entre 10 et 30 ans (1), l'autre un maximum entre 16 et 25 ans (2).

C- LE SEXE

Le sexe masculin est le plus souvent touché : deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes pour certains auteurs (1), trois quarts pour un quart selon d'autres (2).

D- LA LUXATION INITIALE

Elle mérite une mention particulière.

(1) Voir bibliographie p. 111 n°55
(2) Voir bibliographie p. 111 n°63

1°- L'importance du traumatisme de la première luxation est variable :

Dans environ la moitié des cas il est important, dans l'autre moitié il est minime.

Il ne semble donc pas jouer un rôle majeur, mais néanmoins la luxation a d'autant plus de chances de se reproduire que le traumatisme de la première luxation a été plus faible et d'autant moins de chances que celui-ci a causé des dégâts anatomiques plus importants (entraînant une sclérose péri-articulaire).

2°- Le rôle de l'immobilisation est diversement apprécié. Une immobilisation stricte et de courte durée est certainement nuisible car elle entraîne une amyotrophie sans permettre aux lésions de cicatriser.

A l'inverse, la prolongation de l'immobilisation après réduction de la première luxation au-delà d'un mois, ne semble pas d'après les statistiques diminuer le pourcentage des récurrences.

II- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques des luxations récidivantes de l'épaule ont été systématiquement étudiées par de nombreux auteurs et paraissent actuellement assez bien connues.

C'est l'étude des pièces anatomiques, l'exploration opératoire et la radiographie qui ont permis de les préciser.

Néanmoins, l'accord n'est pas fait en ce qui concerne leur caractère congénital ou acquis, leur rôle et leur fréquence.

Nous rappellerons successivement :

- les lésions fibreuses (de la capsule et du bourrelet) ;
- les lésions musculaires (du sous-scapulaire) ;
- les lésions osseuses (de la tête humérale et de la glène de l'omoplate).

A- LES LÉSIONS FIBREUSES

Elles intéressent le bourrelet glénoïdien.

1°- Le décollement capsulo-périosté antérieur est la lésion la plus classique et la plus souvent retrouvée.

C'est une désinsertion :

- de la partie antérieure de la capsule ;
- du périoste de la face antérieure du col de l'omoplate ;
- et du bourrelet glénoïdien.

Cette désinsertion crée, en avant de l'articulation, en arrière du sous-scapulaire, une poche où vient se loger la tête humérale lorsque la luxation se reproduit.

Cette lésion fut décrite initialement par BROCA et HARTMANN en 1890, BANKART à partir de 1923 la remit en valeur et la considérant comme constante, imagina une intervention visant à la réparer et qui porte son nom (1).

En fait, des arthrotomies systématiques pratiquées par de nombreux auteurs montrèrent que si cette lésion est effectivement fréquente, elle n'est pas constante.

R. MERLE D'AUBIGNE sur 52 arthrotomies pour luxations récidivantes de l'épaule, retrouve 29 désinsertions de la capsule et du bourrelet et 7 décollements partiels (2).

A. TRILLAT sur 141 malades retrouve dans 90 % des cas un décollement capsulaire antérieur d'importance variable mais un bourrelet désinséré dans seulement 47 % des cas (3).

- (1) Voir bibliographie p.106 n°3
- (2) Voir bibliographie p.109 n°41
- (3) Voir bibliographie p.111 n° 63

2°- Le bourrelet participe donc souvent au décollement. Mais il peut être solidaire du plan capsulo-périosté ou au contraire flottant, libre dans l'articulation.

En outre, il peut être lésé pour son propre compte :

- rompu ;
- aminci à un point parfois tel qu'il est réduit à une étroite lame fibreuse ou même pratiquement inexistant.

3°- Les lésions capsulaires pures sont presque constantes :

- lorsque le bourrelet est normalement inséré, la capsule est distendue en avant de lui ou désinsérée ;
- lorsqu'existe une distension, celle-ci peut être limitée à la partie antéro-inférieure de la capsule ou globale, et son origine congénitale est alors évoquée.

B- LES LÉSIONS MUSCULAIRES

Les lésions musculaires lorsqu'elles existent touchent essentiellement le sous-scapulaire.

1°- Ce muscle peut être distendu, aminci, ce qui expliquerait la diminution de sa fonction essentielle : celle de rotateur interne, et l'asynchronisme de fonctionnement avec les muscles rotateurs externes de l'épaule.

Certains voient dans ce dysfonctionnement une explication pathogénique à la reproduction de la luxation.

2°- D'autres auteurs n'ont jamais constaté de lésions évidentes du sous-scapulaire (1).

(1) Voir bibliographie p. 111 n°63

C- LES LESIONS OSSEUSES

Elles ont surtout été étudiées radiologiquement et sur des pièces anatomiques car il est très difficile de bien les voir au cours de l'intervention (en particulier pour la tête humérale).

1°- Lésions de la tête humérale

Plusieurs anomalies ont été décrites.

a- "L'encoche" humérale

C'est une perte de substance osseuse verticale siégeant à la partie postérieure de la tête humérale, sur le cartilage, mais au voisinage immédiat du col anatomique. Sa largeur est variable.

Cette encoche jouerait un rôle déterminant dans le mécanisme des récidives, venant s'encaster lors de la rotation externe sur le bord antérieur de la glène et y formant pivot pour la tête humérale qui se luxerait alors par un mouvement de rotation interne. Certains voient dans cette lésion une anomalie de développement de l'épiphyse, d'autres une fracture tassement parcellaire de la partie postérieure de la tête survenue lors de la luxation initiale, ou au fur et à mesure que se répètent les luxations.

Elle est parfois très nette, bien visible sur les radiographies de profil, ailleurs plus discrète, nécessitant des clichés dans des positions variées de rotation et en particulier des incidences tangentielles.

b- La déformation de la tête en hachette

Elle a été décrite initialement par Louis BAZY.

Elle correspondrait à un allongement apparent du col anatomique de l'humérus, à un aplatissement de la tête avec fermeture de l'angle cervico-diaphysaire et parfois encoche supérieure de la tête.

Cette anomalie entraînerait des troubles dans les mouvements de l'extrémité supérieure de l'humérus qui se mettrait facilement en rotation externe maxima.

c- Des déformations plus mineures ont été décrites, en particulier un aplatissement postérieur de la tête.

La fréquence de ces déformations de l'extrémité supérieure de l'humérus est différemment appréciée puisqu'elle va de 22 % dans certaines statistiques (1) à 80 % dans d'autres (2). J.C. ADAMS affirme que l'encoche postérieure existait dans tous les cas où il n'y avait pas de désinsertion antérieure de la capsule.

2°- Lésions de la glène

Elles sont inconstantes :

a- Aplatissement et dimensions très réduites de la cavité par rapport à la tête humérale. Cette anomalie est en fait rare.

b- Anomalie du bord antérieur :

- éculé, aplasique, comme usé. Cette lésion est retrouvée dans environ 20 % des cas ;
- il existe parfois des petits fragments osseux correspondant aux séquelles d'une fracture parcellaire du bord antérieur de la glène (de 1 à 10 % suivant les auteurs).

(1) Voir bibliographie p.109 n°41

(2) Voir bibliographie p.111 n°63

Ces anomalies de la glène favorisent évidemment l'instabilité de la tête humérale.

L'étude de toutes ces lésions permet d'entrevoir les deux grands groupes d'interventions actuellement utilisées pour tenter de prévenir les récurrences de ces luxations qui handicapent considérablement les sujets jeunes et actifs qu'elles touchent.

- Le premier vise à réparer les lésions anatomiques que l'on pense responsables. Ce sont les différentes opérations dites plastiques dont le type est l'opération de BANKART.

- Le second ne tenant pas compte des déductions pathogéniques vise à créer en avant et en dedans de la glène un obstacle qui se dresse sur le chemin qu'emprunte la tête lors de la luxation.

Ce groupe est représenté essentiellement par les butées osseuses antérieures dont un des procédés les plus récents, la butée coracoïdienne pré-glénoïdienne décrite par le Professeur LATARJET, a été employée avec certaines modifications dans le service du Professeur PADOVANI depuis 1962.

III- TECHNIQUES DES BUTEES OSSEUSES

Avant d'étudier la technique employée dans le service et ses résultats, nous rappellerons les principales interventions à type de butée osseuse qui ont été successivement décrites

Il existe deux types de butées :

- les butées intra-articulaires ;
- les butées extra-articulaires.

A- LES BUTEES INTRA-ARTICULAIRES

1°- L'intervention d'EDEN-HYBBINETTE fut l'une des premières décrites (1918). Elle a depuis été reprise et améliorée par de nombreux chirurgiens scandinaves (O'RELL, LAVIK en particulier) qui lui restent fidèles.

a- Technique

Elle consiste, après avoir prélevé un greffon iliaque et lui avoir donné une forme trapézoïdale, à aborder la face antérieure de l'articulation de l'épaule par une voie delto-pectorale, sans section de la coracoïde.

La section du sous-scapulaire est effectuée verticalement ainsi que l'ouverture de la capsule (à un centimètre environ de son insertion glénoïdienne).

Puis on décolle à la rugine le périoste de la face antérieure du col de l'omoplate et l'on introduit le greffon dans ce décollement de telle manière que sa partie interne s'applique sur la face antérieure de ce col. Sa partie externe déborde le bord antérieur de la glène.

La fixation du greffon est obtenue simplement par suture du plan capsulo-musculaire, sans ostéosynthèse.

L'immobilisation post-opératoire est réalisée par une écharpe durant une quinzaine de jours.

b- Les avantages de cette méthode semblent être :

- une arthrotomie systématique permettant de découvrir et traiter d'éventuelles lésions intra-articulaires ;
- l'absence de matériel d'ostéosynthèse ;
- la bonne position de la butée qui agrandit la cavité glénoïde et forme un obstacle antérieur à la progression de la tête, et ceci d'autant plus que le bord antérieur de la glène est éculé.

c- Les inconvénients en revanche ne sont pas négligeables :

- la nécessité d'une prise de greffe ;
- un risque de résorption du greffon source d'échec ultérieur de l'intervention ;
- ou une non consolidation de ce greffon qui restant mobile ne joue plus le rôle qui lui était assigné ;
- un risque de raideur douloureuse de l'épaule dans les suites lointaines, voire même d'omarthrose à long terme (4 cas sur 37 dans la statistique de JAKOBSON).

2°- Très récemment A. DANIS a proposé une nouvelle technique de butée intra-articulaire (1966)

Il aborde l'épaule par une voie axillaire joignant les commissures antérieure et postérieure du creux axillaire.

- Il ouvre la capsule perpendiculairement à ses fibres et avive le bord antérieur de la glène.

- La butée est réalisée en bourrant de fins copeaux d'os spongieux la poche capsulaire antérieure pathologique.

Il est encore trop tôt pour juger réellement des avantages (obturation de la brèche capsulaire et comblement de la poche, pas de cicatrice visible à la face antérieure de l'épaule) et des inconvénients (risque de blessure d'un des éléments de paquet vasculo-nerveux, abord assez peu aisé) de cette méthode ainsi que ses résultats.

De l'avis de l'auteur les copeaux d'os spongieux se résorbent et la greffe aboutit certainement à une cicatrice fibreuse antérieure extrêmement solide empêchant la reluxation.

B- LES BUTEES EXTRA-ARTICULAIRES ANTERIEURES CORACO- GLENOIDIENNES

De nombreuses techniques ont été proposées, C'est M. OUDARD qui en 1924 décrivit le premier une technique utilisant l'apophyse coracoïde.

1°- Sa première opération (OUDARD première manière) consistait en un allongement de la coracoïde (après section transversale de celle-ci au milieu de sa portion horizontale) par interposition d'un greffon tibial fixé aux deux fragments au moyen de fils non résorbables.

Il associait à ce temps osseux une plicature du sous-scapulaire. Cette technique ne lui ayant pas donné les résultats escomptés, il la modifia en pratiquant un allongement de la coracoïde sans interposition (OUDARD deuxième manière).

A cette époque l'intervention de OUDARD connut un assez grand succès parmi les auteurs français mais on s'aperçut vite qu'il existait un nombre élevé de récidives.

C'est pourquoi certains cherchèrent à l'améliorer.

2°- LENORMANT et WILMOTH proposèrent de prolonger la coracoïde en dédoublant sa partie horizontale et en prolongeant cette fente au niveau du tendon du coraco-biceps.

Un greffon tibial était alors encastré dans le dédoublement tendineux et bloqué dans la fente coracoïdienne.

SICARD et HEPP proposèrent en 1933 de remplacer le greffon tibial par un greffon prélevé à la partie externe de la clavicule homologue.

3°- UGO CAMERA proposait en 1951 de remplacer le greffon par un clou en vitallium enfoncé dans un tunnel creusé verticalement dans la portion horizontale de la coracoïde.

Ce clou dépassait en bas de trois centimètres.

L'utilisation de ces procédés a donné de bons résultats à leurs auteurs, mais a conduit pour d'autres à un nombre important de récidives. Il est aisé de se rendre compte que ce greffon au cas où il consolidait et persistait, créait un butoir placé trop haut et trop en dedans et qu'il n'obturait pas d'une manière efficace le défilé coraco-glénoïdien. En outre, l'allongement ainsi réalisé était probablement insuffisant et le travail en porte-à-faux imposé au greffon risquait de le rompre.

On s'aperçut que pour barrer d'une manière efficace la route à la tête humérale, il était de première importance de clore solidement ce défilé coraco-glénoïdien. C'est pourquoi d'autres techniques furent mises au point.

4°- S. BLONDIN ET J. CAUCHOIX en 1941 utilisèrent une technique tenant compte de cet impératif. Elle est dérivée de l'opération de LENORMANT et WILMOTH :

- après prélèvement d'un greffon tibial ;
- abord de l'articulation de l'épaule par voie delto-pectorale et création d'une fente coraco-bicipitale taillée dans un plan frontal ;
- ils encastrant le greffon dans cette fente mais en plus, le suture au plan fibreux capsulaire antérieur par des fils non résorbables transfixiant le sous-scapulaire. Cette suture a également pour conséquence d'effacer le décollement capsulo-périosté.
- L'immobilisation post-opératoire nécessaire est de 35 à 40 jours.

5°- ROBINEAU puis J. HUGUIER et V. CHATAIN (1950)

utilisent un greffon costal de dix centimètres de long prélevé par une incision voisine du champ opératoire principal.

Ce greffon est enfoncé concavité tournée en dehors, d'avant en arrière, dans une fente de trois centimètres pratiquée dans la coracoïde suivant son axe, à partir de sa pointe.

Il vient s'appliquer en arrière sur le muscle sous-scapulaire qu'il plaque contre la face antérieure du col de l'omoplate, effaçant ainsi indirectement la poche capsulaire antérieure.

Il est coupé à la cisaille à 2 millimètres au-dessus du plan coracoïdien et fixé à lui par un fil passé également dans le tendon du coraco-biceps.

6°- P. PADOVANI améliore cette technique en fichant un greffon tibial de la même manière, mais en encastrant son extrémité inférieure dans une logette creusée au niveau de la face antérieure du col de l'omoplate.

Ce greffon passe au-dessus puis en arrière du sous-scapulaire.

Ainsi fixé à ses deux extrémités, il forme un butoir qui semble solide et qui a toute chance d'être réhabilité.

En outre, sa fixation réalise également une capsulorrhaphie indirecte. Cette intervention peut être menée le plus souvent en respectant le sous-scapulaire, mais elle nécessite une mise en place précise et solide du greffon.

7°- J. GOSSET en 1960 propose une variante technique qui consiste à armer le transplant osseux :

- après avoir prélevé un greffon costal d'environ six centimètres de long ;
- il sectionne la coracoïde à un centimètre de sa pointe ;
- récline vers le bas le muscle sous-scapulaire pour dégager la partie inférieure du col de l'omoplate ;
- il avive celui-ci et y enfonce une broche de Kirschner sur environ deux centimètres, puis la tord au ras de l'os vers le haut, de telle manière qu'elle vienne exactement dans le plan de coupe de la coracoïde ;
- il enfile alors le greffon costal taillé en sifflet à son extrémité inférieure dans cette broche et le taille de telle manière que son extrémité supérieure vienne au contact de la face inférieure de la coracoïde ;
- il solidarise le greffon et les deux fragments coracoïdiens par un fil d'acier.

Telles sont les principales techniques de butées extra-articulaires coraco-glénoïdiennes.

Un nombre d'échecs non négligeables de ces techniques (hormis les insuffisances où le greffon n'obture qu'incomplètement le défilé coraco-glénoïdien) dus :

- à une résorption totale du greffon ;
 - à une fracture de celui-ci ;
 - à la pseudarthrose d'une de ses extrémités entre autres,
- a conduit certains auteurs à placer la butée osseuse juste en dedans du bord antérieur de la glène à l'aplomb de celle-ci, empêchant ainsi tout déplacement en dedans de la tête humérale.

C'est ainsi que sont nées les butées coracoïdiennes pré-glénoïdiennes.

C- LES BUTEES CORACOIDIENNES PRE-GLENOIDIENNES

1°- C'est NOSKE qui le premier utilisa la coracoïde de cette manière.

- Il pratiquait pour cela une ostéotomie incomplète au niveau de la base de cette apophyse.

- Il basculait sa pointe vers la face antérieure du col de l'omoplate et la fixait aux plans fibreux articulaires antérieurs par des fils non résorbables.

- Une restriction peut être apportée à cette intervention. En effet, ce plan fibreux antérieur est souvent peu solide et la fixation est donc précaire. En outre, ce procédé perd de sa valeur si la coracoïde est très brève car la butée est alors trop haut située.

2°- A. TRILLAT en 1954 modifia cette technique, en pratiquant une arthrotomie systématique et en fixant la pointe de la coracoïde, après avivement de la face antérieure du col de l'omoplate, sur celui-ci, à l'aide d'une vis ou plus récemment d'un clou à un demi-centimètre du bord antérieur de la glène. Cette vis ou ce clou prennent également le plan capsulaire.

Le moyen d'immobilisation post-opératoire est constitué par une écharpe et la durée de cette immobilisation est de 15 jours.

3°- D'autres ont utilisé la partie horizontale de l'apophyse coracoïde sectionnée à sa jonction avec la partie verticale, comme greffon osseux pédiculé car restant solidaire par sa pointe du tendon du coraco-biceps. Cette portion horizontale libre étant fixée exactement à l'endroit désiré, quelle que soit sa longueur, c'est à dire sur la face antérieure du col de l'omoplate, le plus près possible du bord antérieur de la glène.

a- C'est BRISTOW qui le premier semble avoir eu l'idée de cette butée.

- HELFET son élève, en 1958, en a publié la technique avec une statistique de 30 cas.

- BRISTOW sectionne la coracoïde et rabat l'ensemble coracoïde-tendon du coraco-biceps vers le bas, puis pratiquant une fente verticale de trois centimètres au niveau de la jonction tendino-musculaire du sous-scapulaire, il ouvre l'articulation et avive la face antérieure du col de l'omoplate puis suture la capsule en paletot si nécessaire.

Il introduit la coracoïde sectionnée dans la fente musculaire, la surface cruentée au contact du col de l'omoplate et suture la brèche du sous-scapulaire en prenant dans la suture le tendon du coraco-biceps.

Ainsi la pastille coracoïdienne est maintenue au contact du col de l'omoplate mais ne se soudera à lui que si l'immobilisation post-opératoire de six semaines est parfaite et empêche tout mouvement des muscles péri-articulaires.

On peut reprocher à cette technique :

- une solidité très précaire dans l'immédiat du montage et donc un risque de pseudarthrose du greffon ;

- une immobilisation trop longue ce qui ajouté à l'arthrotomie risque d'entraîner une raideur importante de l'épaule, et en tout cas nécessite une rééducation poussée et de longue haleine.

b- M. LATARJET en 1954 a décrit une technique qui a pour but de pallier ces inconvénients.

- Par une incision delto-pectorale, il sectionne la coracoïde à l'union de ses deux portions et après avoir percé un trou vertical dans la portion libre, solidaire du tendon coracobicipital, il la rabat vers le bas.

- Puis il sectionne verticalement le sous-scapulaire en regard du bord antérieur de la glène et ouvre l'articulation. Après le bilan et le traitement d'éventuelles lésions intra-articulaires, il avive la face antérieure du col de l'omoplate et fore à la mèche un trou au-dessus de la partie moyenne de la glène dans un plan parallèle à celle-ci.

- La vis introduite dans le fragment coracoïdien est fixée dans le trou ainsi percé en prenant la capsule articulaire pour assurer une capsulorrhaphie.

- Le sous-scapulaire est suturé en paletot.

c- Depuis 1962 le Professeur P. PADOVANI utilise cette technique après l'avoir modifiée.

C'est celle que nous allons décrire maintenant.

IV- TECHNIQUE

A- L'intervention est conduite sous anesthésie générale avec intubation.

B- POSITION DE L'OPERE

Le sujet est placé en décubitus dorsal, près du bord de la table pour pouvoir mobiliser facilement le bras. Un coussin est glissé sous le coude du côté opéré au début de l'intervention afin d'éviter une saillie gênante de la tête humérale lors de la voie d'abord.

Le membre supérieur est entièrement recouvert d'un jersey stérile de manière à pouvoir le mobiliser à la demande au cours de l'intervention.

L'opérateur peut se placer :

- ou bien en dehors de l'épaule ;
- ou bien du côté axillaire ;

cela dépend du côté opéré et des habitudes du chirurgien.

Le premier aide se met du même côté de la table que l'opérateur, à sa droite ou à sa gauche selon la position de celui-ci (par rapport à l'épaule opérée). Le deuxième aide se met soit en face de l'opérateur, soit à la tête du malade.

C- INCISION

- L'incision cutanée suit le sillon delto-pectoral, où est tracée légèrement en dedans de lui chez la femme pour des raisons esthétiques ; elle mesure en règle dix centimètres et remonte jusqu'au bord inférieur de la clavicule ;

- La veine céphalique est isolée et réclinée en dedans sous un écarteur après avoir lié ses grêles collatérales externes (son sacrifice est rarement nécessaire).

- On sépare alors le bord antérieur du deltoïde du bord supérieur du grand pectoral en commençant par le haut, zone où l'interstice est le plus facile à découvrir. On confie ces deux muscles à des écarteurs autostatiques.

D- L'INTERVENTION PROPREMENT DITE

1°- Exposition de la coracoïde

- A la partie supérieure de l'incision apparaît l'apophyse coracoïde. On incise l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire qui étale le tendon du coraco-biceps, en dedans de celui-ci.

- Le tendon est libéré sur plusieurs centimètres. Il faut, dans l'angle inférieur de la plaie, se méfier du nerf musculo-cutané lors de cette libération car il peut aborder le muscle dans cette région.

- La portion horizontale de la coracoïde est isolée. Pour cela, il est souvent nécessaire de sectionner à son insertion la partie inférieure du tendon du petit pectoral ou de le désinsérer à la rugine.

On sectionne également la partie antérieure du ligament coraco-huméral et le ligament acromio-coracoïdien.

- Enfin, on rugine la face inférieure de la portion horizontale de la coracoïde avec précaution.

2°- Préparation de la coracoïde

A l'aide d'une mèche de 22, on fore un trou dans la partie horizontale de l'apophyse :

- soit de haut en bas, perpendiculairement à son axe ;
 - soit à partir de la pointe et dans la direction de cet axe.
- Ceci dépend essentiellement des dimensions de la coracoïde.

On pratique ensuite une ostéotomie verticale à la jonction des deux portions de la coracoïde, en se méfiant d'un éclat osseux inférieur qui risquerait de fragiliser le greffon coracoïdien ainsi prélevé.

Cette ostéotomie est réalisée avec un ciseau à froid large de 1 centimètre et mince.

Un gros fil est alors passé dans le trou ainsi foré, grâce à une aiguille de Reverdin droite et repéré par une pince. Il servira de tracteur lors du passage du fragment coracoïdien sous le sous-scapulaire.

L'ensemble, portion horizontale de la coracoïde, tendon du coraco-biceps, est rabattu vers le bas, découvrant la face antérieure de l'articulation. Il faut lors de ce temps faire une hémostase soigneuse des petits vaisseaux abordant le coraco-biceps par sa face postérieure.

Si la portion horizontale de la coracoïde doit être fixée sur le col de l'omoplate par sa face inférieure, il faut aviver celle-ci au moyen d'une rugine ou d'une pince gouge fine sans amincir de trop la corticale correspondante.

3°- Isolément du sous-scapulaire

Le bras est mis en rotation externe pour tendre ce muscle.

On isole son bord supérieur, ce qui est généralement aisé et on incise la capsule horizontalement le long de celui-ci.

L'isolement du bord inférieur est souvent plus délicat car il est :

- profond ;
- parfois imprécis ou peu épais ;
- situé à proximité du nerf circonflexe qui passe dans la partie externe du trou carré de Velpeau.

Si l'on est parvenu à isoler ce bord, on incise la capsule de la même manière qu'au niveau du bord supérieur. Si l'on a des difficultés, on peut s'aider pour le repérer d'une paire de ciseaux courbes ou d'une pince courbe type Kelly passée dans l'articulation par l'incision capsulaire supérieure, derrière le tendon du sous-scapulaire.

L'instrument fait saillir la capsule en avant, juste au-dessous du bord inférieur, repéré en suivant de haut en bas la face postérieure du tendon. En effet sous celui-ci la capsule est en règle peu épaisse et distendue.

Les deux bords étant isolés et l'articulation ouverte, on agrandit le tunnel (en écartant les mors de la pince de Kelly) ainsi creusé de telle manière que le fragment coracoïdien puisse passer sans difficulté.

Il est aisé d'explorer l'articulation.

Dans certains cas où l'adhérence du muscle à la capsule est moins intime, et où le repérage des bords est facile, on peut sans ouvrir l'articulation, isoler le tendon du sous-scapulaire en le clivant du plan capsulaire.

4°- Préparation de la face antérieure du col de l'omoplate

A l'aide d'un écarteur de Farabeuf modifié (possédant une branche d'une longueur d'environ 5 centimètres), on récline le bord supérieur du sous-scapulaire vers le bas et on expose la face antérieure du col de l'omoplate :

- d'emblée si on est passé dans l'articulation ;
- après ouverture de celle-ci si on est passé entre la capsule et le sous-scapulaire.

On avive le col de l'omoplate soigneusement à sa partie moyenne grâce à une rugine tranchante.

On perce (à la petite pointe carrée ou à la mèche de 22) un avant trou à 4 ou 6 millimètres du bord antérieur de la glène et à mi-hauteur de ses bords supérieur et inférieur, destiné à recevoir la vis de fixation.

5°- Fixation de la butée

Le bras étant porté en rotation interne et le coude légèrement surélevé, on passe le fragment coracoïdien repéré par un fil et solidaire du tendon du coraco-biceps sous le muscle sous-scapulaire. Pour cela, une pince de Kelly passée de haut en bas derrière ce muscle saisit le fil et amène le fragment au-dessus du sous-scapulaire.

C'est un temps parfois malaisé de l'intervention car la taille et la forme irrégulière du greffon rendent le passage difficile.

Pour faciliter cette manoeuvre, il faut guider l'entrée du fragment coracoïdien sous le bord inférieur du muscle.

On peut également s'aider d'une lame de caoutchouc passée sous le tendon du sous-scapulaire et qui le soutend au moment du passage.

On saisit le fragment coracoïdien dans un petit davier ou une pince et l'on y introduit la vis de Schermann jusqu'à ce que sa pointe dépasse de 1 à 2 millimètres.

On applique alors la surface cruentée de ce fragment sur le col de l'omoplate également avivé, la pointe de la vis pénétrant dans l'avant trou qui y a été creusé.

La vis est enfoncée de telle manière que sa direction soit parallèle à la surface de la glène et à peu près antéro-postérieure.

Cette direction est importante car il ne faut pas que l'extrémité de la vis qui mesure 20 à 35 millimètres, traverse le cartilage de la glène et pénètre dans l'articulation.

Il faut noter ici l'aide qu'apporte l'utilisation des écarteurs de Farabeuf modifiés avec une branche de 6 cms pour travailler dans la profondeur.

On vérifie la solidité du montage. Elle doit être parfaite (il n'a pas été nécessaire, le plus souvent d'aléser le trou du fragment coracoïdien, car la vis "foire" dans ce fragment suffisamment pour que l'effet de serrage soit excellent).

6°- Fermeture

La fermeture est simple par un plan sous-cutané au catgut et la suture de la peau.

Le drainage n'est pas systématique.

Si l'hémostase est imparfaite, on le réalise par un drain de Redon, placé loin du pédicule axillaire et laissé en place 2 à 3 jours.

E- SOINS POST-OPERATOIRES

Le malade est immobilisé dans un pansement de Dujarier durant 8 à 15 jours, le temps que les douleurs post-opératoires se soient atténuées.

La rééducation est entreprise progressivement sans forcer au début sur la rotation externe, environ 10 jours après la levée de l'immobilisation.

Telle est la technique qui a été appliquée depuis six ans dans le service, dans 32 cas de luxations récidivantes de l'épaule.

L'INTERET de cette intervention réside en plusieurs points.

A- Au point de vue osseux

1°- Le greffon utilisé est prélevé localement au niveau de la plaie opératoire et il n'y a donc pas nécessité de prise de greffe tibiale ou autre.

2°- Il est toujours de volume suffisant et a toute chance de consolider et de persister car :

- il est fixé très solidement par la vis ;
- les deux surfaces osseuses en contact sont avivées ;
- il reste vascularisé puisque le tendon du coraco-biceps y reste inséré.

3°- Il est placé dans la position exactement désirée, la plus efficace pour barrer la route à la tête humérale en dedans et combler la cavité où se place la tête en position de luxation.

B- Au point de vue capsulo-musculaire

1°- La mise en place du greffon efface indirectement la poche capsulaire antérieure et le décollement capsulo-périosté.

2°- La nouvelle situation du tendon du coraco-biceps plus interne et qui cravate désormais en avant la tête humérale dans les mouvements d'ABDUCTION-ROTATION EXTERNE, crée une barrière dynamique supplémentaire à cette tête au bon moment, puisque ce sont surtout ces mouvements qui favorisent la luxation.

3°- Le sous-scapulaire est respecté ce qui raccourcit l'immobilisation post-opératoire et ceci d'autant plus que l'ostéosynthèse est suffisamment solide pour ne pas la nécessiter. En outre, le respect de ce muscle va permettre lors de l'étude des résultats, de se faire une idée plus précise du rôle respectif de la myoplastie, capitale pour la plupart des auteurs et de la butée proprement dite.

L'absence de section du sous-scapulaire est la différence essentielle entre cette technique et la technique décrite par LATARJET dans la thèse de LUDIN puisque cet auteur considère la suture en paletot de ce muscle, comme un "geste essentiel dans la prévention des récidives".

C- Au point de vue technique, cette intervention :

1°- Ne demande aucun matériel spécial.

2°- Est réalisable dans presque tous les cas puisqu'elle ne tient pas compte des données pathogéniques, ni de l'état du bord antérieur de la glène ou de la qualité du plan capsulo-ligamentaire antérieur.

3°- Est le plus souvent aisée et peut être réalisée par des chirurgiens non-spécialisés.

V- MATERIEL CLINIQUE

Nous disposons de 32 observations provenant du service de notre Maître le Professeur P. PADOVANI.

Parmi ces 32 malades :

- 18 ont été revus et examinés en janvier 1968 ;
- 14 ont répondu à un questionnaire détaillé.

Il faut ajouter à ces observations, 4 malades opérés selon la même technique mais qui ont échappé à nos recherches. Ils avaient tous été revus environ un an après leur intervention.

A- AU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE

On peut rappeler que sur ces 32 cas, les notions classiques se trouvent confirmées.

En effet :

1°- L'âge d'apparition des luxations se répartit ainsi :

- 13 malades avaient entre 12 et 20 ans soit 40,5 % environ ;
- 12 malades avaient entre 21 et 25 ans soit 37 % environ ;
- 3 malades avaient entre 26 et 30 ans soit 10 % environ ;
- 1 malade avait entre 31 et 35 ans soit 3 % environ ;
- 2 malades avaient entre 36 et 40 ans soit 6,5 % environ ;
- 1 malade avait plus de 41 ans soit 3 % environ.

2°- En ce qui concerne le sexe, il y avait :

- 28 hommes (soit 87,5 %) pour
- 4 femmes (soit 12,5 %).

3°- Le côté atteint était :

- le côté droit dans 17 cas soit 53 % ;
- le côté gauche dans 15 cas soit 47 %.

4°- La luxation initiale avait pour caractères :

- d'être franchement traumatique dans 21 cas soit 66 % ;
- d'être presque spontanée ou de caractère traumatique très modéré dans 11 cas, soit 34 %.

5°- L'immobilisation après cette première luxation avait été la suivante :

- dans 16 cas nulle (50 %) ;
- dans 5 cas inférieure à 8 jours (15,5 %) ;
- dans 11 cas de 15 jours à 3 semaines (34,5 %).

Il est à noter que dans 8 des 16 cas non immobilisés, il s'agissait de luxations atraumatiques (qui, on l'a vu, sont au nombre de 11 dans notre série).

Comme on peut le constater, l'affection touche donc essentiellement les sujets jeunes (24 cas soit 75 % avaient entre 15 et 25 ans), le sexe masculin (87,5 %) et semble être survenue plus souvent après une première luxation franchement traumatique (66 %). Par contre, les deux côtés ont été à peu près également atteints.

B- AU POINT DE VUE CLINIQUE

1°- Le nombre des récidives avant l'intervention a été :

- supérieur à 10 dans 18 cas (souvent même incalculable) ;
- entre 2 et 10 dans quatorze cas.

2°- L'examen clinique avant l'intervention montra :

- une épaule normale chez 25 malades (78 %) ;
- une légère amyotrophie ou une discrète limitation des mouvements chez 6 malades (18,5 %) ;
- des douleurs chez deux malades.

3°- L'examen radiologique découvre :

- un aspect normal dans 22 cas (69 %) ;
- un aspect en hachette de la tête humérale dans 4 cas (12 %) ;
une encoche dans 4 cas (12 %) ;
- une glène petite et plate dans 2 cas (6 %) ;
- un éculement du bord antérieur dans 2 cas (6 %) ;
- une arthrose pré-opératoire discrète dans 1 cas.

C- AU POINT DE VUE OPERATOIRE

1°- Un malade avait été opéré cinq ans auparavant (intervention de OUDARD) et avait récidivé deux ans après cette intervention.

2°- La technique que nous avons décrite a été appliquée sans aucune modification dans 27 cas sur 32.
Dans quatre cas le sous-scapulaire a dû être sectionné verticalement et suturé ensuite au-devant du tendon du coraco-biceps.
Nous y reviendrons.

VI- RESUME DES OBSERVATIONS

OBSERVATION n°1

Madame GAR... Claude, âgée de 36 ans ; profession : journaliste.

Sports pratiqués avant l'intervention : natation, golf, ski.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- Première luxation : 1943
 - . de caractère traumatique ;
 - . réduite sous anesthésie générale et immobilisée 8 jours ;
- A fait en tout onze récidives pour des mouvements de rétro-pulsion, rotation externe du bras. Ces luxations étaient réduites par la malade elle même sauf la dernière.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 8 Février 1962

Selon la technique habituelle sans section du sous-scapulaire.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par la malade elle-même ;
- durée d'hospitalisation : 5 jours ;
- a repris ses activités au bout d'1 mois.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice non disgracieuse et indolore ;
- b- la force musculaire globale du bras est légèrement diminuée par rapport au côté opposé ;

c- mobilité :

la mobilité globale de l'épaule est normale et symétrique par rapport à celle du côté opposé ;

d- quelques douleurs peu gênantes et intermittentes ;
aucun craquement articulaire.

CONCLUSION :

- Très satisfaite du résultat dans l'ensemble.
- Pratique les mêmes sports qu'avant l'intervention.

OBSERVATION n° 2

Monsieur PEN ... Marcel, âgé de 26 ans, surveillant de signaux à la S.N.C.F.
Sport pratiqué avant l'intervention : aucun.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- Première luxation : 1960.

. de caractère traumatique modéré (en se retenant pour ne pas tomber d'une échelle, mouvement brusque de rotation externe et rétropulsion).

. réduite sans anesthésie, non immobilisée.

- Environ un à deux mois après, première récurrence, pratiquement spontanée, de réduction facile.

- 15 récurrences en tout ce qui obligeait le malade à limiter considérablement les mouvements de son épaule.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- Clinique : normal (malade droitier)

- Radiologique : ébauche d'encoche postérieure sur la tête humérale et glène petite et plate.

3°- INTERVENTION le 24 Février 1962.

Particularités : la section du sous-scapulaire a été nécessaire en raison de l'abord difficile de cette épaule. La capsule a été isolée puis suturée à sa partie moyenne, au niveau de l'incision du muscle. Sa partie interne n'a pas été réinsérée. La coracoïde a été fixée comme à l'ordinaire et le sous-scapulaire suturé au devant du tendon du coraco-biceps.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication

- 40 séances de rééducation

- durée d'hospitalisation : 15 jours

- durée de l'arrêt de travail : 3 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice un peu large, indolore
- b- état musculaire (par rapport au côté opposé)
 - deltoïde : aucune amyotrophie
force musculaire normale
 - biceps : légère amyotrophie (circonférence du bras à sa partie moyenne inférieure de 1 centimètre par rapport à l'autre bras).
légère diminution de la force musculaire.
- c- mobilité :
 - . strictement normale par rapport au côté opposé y compris la rotation externe ;
 - . mouvements complexes possibles et symétriques.
- d- quelques craquements articulaires aux mouvements amples.
- e- radiologiquement :
 - . le fragment coracoïdien est bien visible à la partie moyenne de la glène et semble soudé à celle-ci
 - . par contre la vis n'est plus dans le fragment
 - : aucun signe d'arthrose.

CONCLUSION :

- très satisfait dans l'ensemble du résultat
- exerce le même métier qu'auparavant.

OBSERVATION n° 3

Monsieur PIG ... Alexis, âgé de 28 ans, jockey.

Sport pratiqué avant l'intervention : équitation (concours hippiques).

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- Première luxation : 1960
 - . de caractère traumatique (accident)
 - . réduite sous anesthésie générale et immobilisée un mois.
- 7 récurrences en tout le plus souvent à la suite de chutes de cheval, même peu violentes.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal
- radiologique : petite encoche à la partie supérieure du col anatomique de l'humérus.

3°- INTERVENTION le 14 mars 1962

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée de l'hospitalisation : 8 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : un mois et demi.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice large, indolore
- b- la force musculaire globale du bras est normale par rapport au côté opposé ;
- c- la mobilité globale de l'épaule est normale ;
- d- aucune douleur de l'articulation de l'épaule.

CONCLUSION :

Très satisfait du résultat. A pu reprendre son métier de jockey avec toutes les contraintes physiques que cela suppose.

OBSERVATION n° 4

Madame GUE ... Marthe, âgée de 55 ans, sans profession.

Sport pratiqué avant l'intervention : aucun.

Luxation de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1962

- . de caractère spontané au cours d'un effort du bras alors qu'elle était hospitalisée (pour coxarthrose) ;
- . réduite sans anesthésie, sous morphine par traction douce, prolongée. Immobilisée trois semaines ;
- . quelques jours après reproduction des luxations pratiquement spontanée ;

- au bout de quatre (en six semaines) la malade réclame l'intervention.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal

- radiologique : ébauche de tête humérale en hachette.

Discrets signes d'arthrose (ostéophyte du bord inférieur de la glène).

3°- INTERVENTION le 16 avril 1962

Selon la technique habituelle, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;

- 30 séances de rééducation ;

- durée de l'hospitalisation : était hospitalisée à la même époque pour le traitement de sa coxarthrose.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

a- cicatrice linéaire et indolore

b- état musculaire (par rapport au côté opposé)

deltoïde : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale

biceps : aucune amyotrophie
force musculaire normale

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation externe sont normales par rapport au côté opposé ;
- . mouvements complexes possibles et symétriques.

d- quelques douleurs aux changements de temps ;

e- radiologiquement :

- . la vis est légèrement tordue ;
- . la butée est descendue par rapport au cliché post-opératoire et se projète au niveau du bord inférieur de la glène ;
- . les mêmes signes arthrosiques qu'en 1962, non aggravés sont visibles.

CONCLUSION :

Très satisfaite du résultat et ceci d'autant plus que

1- la malade a été victime en 1965 d'une luxation de l'épaule gauche avec atteinte du circonflexe et a actuellement un membre supérieur gauche très peu utilisable ;

2- ayant été opérée d'un PAUWELS bilatéral en 1962, elle conserve une canne qu'elle tient de la main droite.

OBSERVATION n° 5

Monsieur GAR ... Vahakn, âgé de 32 ans, ingénieur.
Sports pratiqués avant l'intervention : sporadiquement natation,
(crawl) volley-ball.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1955
 - . de caractère traumatique (chute de vespa avec traumatisme violent du membre supérieur gauche) ;
 - . réduite sans anesthésie avec beaucoup de difficultés. Immobilisée quelques jours ;
- première récurrence, un an après ;
- quinze à vingt récurrences en tout, pour des causes variables, parfois chocs violents, ailleurs simples mouvements. Ces luxations étaient facilement réduites par le malade lui-même.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 29 Septembre 1962

L'importance du muscle sous-scapulaire a nécessité sa section, afin d'avoir une vue correcte sur la face antérieure du col de l'omoplate. Il a été suturé en paletot en avant du tendon du coraco-biceps.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 25 séances de rééducation ;
- durée d'hospitalisation : 20 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : un mois et demi.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

a- cicatrice large et indolore

b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :

deltoïde : aucune amyotrophie
force musculaire normale

biceps : aucune amyotrophie
force musculaire normale

c- mobilité :

. abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne,
rotation externe normales et symétriques par rapport
au côté opposé ;

. mouvements complexes possibles et symétriques.

d- aucune douleur, aucun craquement articulaire

e- radiologiquement :

. butée bien visible, en place

. pas de signe d'arthrose mais existence d'une calcifica-
tion au niveau de la partie inférieure de la capsule.

CONCLUSION :

Dans l'ensemble satisfait du résultat. Exerce le même métier qu'auparavant, les mêmes sports et en particulier le crawl sans aucune gêne. D'autre part ce malade a fait de nombreuses chutes à ski depuis son intervention sans se reluxer l'épaule.

OBSERVATION N° 6

Monsieur CAT ... Bernard, âgé de 38 ans, entrepreneur.
Sport pratiqué avant l'intervention :

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1944
 - . de caractère atraumatique en manipulant un objet lourd
 - . réduite et non immobilisée
- les récurrences sont survenues rapidement et au rythme annuel d'environ cinq luxations (une cinquantaine en tout) ;
- ces récurrences survenaient pour des mouvements simples, port d'un objet lourd, au cours du sommeil. Elles étaient réduites par le malade lui-même.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 13 décembre 1962

Selon la technique décrite sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- une dizaine de séances de rééducation ;
- durée d'hospitalisation : 8 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 1 mois.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice linéaire et indolore ;
- b- la force musculaire est assez nettement diminuée par rapport au côté opposé ;
- c- la mobilité est normale par rapport au côté opposé sauf l'abduction et la rotation externe ;
- d- il existe des douleurs aux changements de temps et au cours du port d'objets lourds.

CONCLUSION :

Malgré l'absence de récidives et la pratique modérée du tennis et de la natation, le malade n'est que partiellement satisfait de l'intervention en raison des douleurs qui le gênent. Il exerce la même profession qu'avant l'intervention.

OBSERVATION n° 7

Monsieur CHA... Jean-Paul, âgé de 31 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : ski, équitation, natation.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1955.
 - . de caractère atraumatique (choc léger) ;
 - . réduite sans anesthésie, non immobilisée ;
- après un délai inconnu a fait deux récurrences, l'une au cours d'une chute de ski, l'autre au cours d'un mouvement brusque en nageant.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal (malade gaucher) ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 27 Décembre 1962

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- a rééduqué son épaule lui-même ;
- a repris ses activités au bout d'un mois.
- durée de l'hospitalisation : 8 jours.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice large et indolore
- b- la force musculaire du bras est normale par rapport au côté opposé
- c- mobilité :
la mobilité globale de l'épaule est normale et symétrique.
- d- aucune douleur, aucun craquement articulaire.

CONCLUSION :

Dans l'ensemble très satisfait du résultat. Pratique les mêmes sports qu'avant l'intervention et fait même en plus du tennis.

OBSERVATION N° 8

Monsieur DAN... Jean-Louis, âgé de 20 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : ski, natation, tennis.
Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1961.
 - . de caractère traumatique (chute de ski) ;
 - . réduite et immobilisée 10 jours
- après un délai inconnu apparition de récidives pour des mouvements simples et non forcés ;
- en tout quatre récidives

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : aspect de tête humérale en hachette très net.

3°- INTERVENTION le 13 février 1963

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- a repris ses activités au bout de quinze jours ;
- durée de l'hospitalisation : 10 jours.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice non disgracieuse et non gênante ;
- b- la force musculaire globale du bras est normale par rapport au côté opposé
- c- la mobilité est normale et symétrique par rapport au côté opposé ;
- d- il existe quelques douleurs au cours des mouvements brusques mais elles sont peu gênantes.

CONCLUSION :

- très satisfaite du résultat dans l'ensemble ;
- pratique le ski et la natation ;
- mais a cessé le tennis et les sports violents.

OBSERVATION n° 9

Monsieur ROG... Jean-Pierre, âgé de 20 ans, menuisier.
Sport pratiqué avant l'intervention : aucun.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : décembre 1961 :
 - . de caractère traumatique (chute sur le coude) ;
 - . réduite sans anesthésie, non immobilisée ;
- première récurrence un mois après (chute à ski), réduite sous anesthésie générale et immobilisé par un plâtre thoraco-brachial durant un mois ;
- trois récurrences en tout, les deux suivantes pour de simples mouvements.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : discrète atrophie du biceps et du deltoïde gauches
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 14 février 1963

La section du sous-scapulaire a été nécessaire en raison de son volume et de son étalement. Il a été réparé par une suture bord à bord en avant du tendon du coraco-biceps.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 20 séances de rééducation ;
- durée de l'hospitalisation : 12 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : deux mois et demi.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

a- cicatrice linéaire, indolore

b- état musculaire (par rapport au côté opposé)

deltoïde : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale ;

biceps : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation externe sont normales et symétriques par rapport au côté opposé ;

- . mouvements complexes possibles et symétriques

d- aucune douleur, aucun craquement articulaire

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;

- . pas de lésions arthrosiques.

CONCLUSION :

Très satisfait du résultat dans l'ensemble. A changé de métier (actuellement chauffeur) pour des raisons étrangères à l'intervention.

OBSERVATION n° 10

Monsieur ROB... René, âgé de 46 ans, laveur de chaudière à la S.N.C.F.

Sport pratiqué avant l'intervention : aucun.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : décembre 1954
 - . de caractère traumatique ;
 - . réduite sous anesthésie générale, immobilisée 10 jours en écharpe ;
- quelques semaines après ce premier accident : reproduction de la luxation ;
- puis récurrences fréquentes pour de simples mouvements de rotation externe du bras ;
- ces récurrences conduisent à une première intervention en octobre 1958 (type opération de OUDARD) ;
- deux ans après, les luxations réapparaissent pour des mouvements simples. Le malade se luxe en se retournant dans son lit et réduit lui-même ses nombreuses luxations.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : malade gaucher
 - aucune atrophie musculaire mais légère ;
 - limitation de l'abduction
- radiologique : aspect en hachette de la tête humérale.

3°- INTERVENTION le 9 Mars 1963

- le plan du sous-scapulaire étant difficilement individualisable, la coracoïde n'est pas passée à sa face postérieure mais fixée sur la glène de telle manière que le tendon du coraco-biceps s'applique à la face antérieure du muscle qui a été respecté ;
- à noter que le drain de Redon est tombé lors de la confection du pansement.

4°- SUITES OPERATOIRES

- hématome suppuré évacué au 5ème jour, cicatrisation et apyrexie obtenues au 17ème jour ;
- 20 séances de rééducation ;
- durée de l'hospitalisation : 30 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 3 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice de bonne qualité, indolore
- b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :
 - deltoïde : aucune amyotrophie ;
force musculaire légèrement diminuée
 - biceps : aucune amyotrophie
force musculaire légèrement diminuée
- c- mobilité :
 - . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation externe sont toutes inférieures d'environ 10 à 15° par rapport au côté opposé ;
 - . la rotation interne est normale et symétrique
- d- quelques douleurs au changement de temps, quelques craquements aux mouvements d'abduction ne gênant pas le malade.
- e- radiologiquement :
 - . butée bien visible, en place ;
 - . pas de lésions arthrosiques.

CONCLUSION :

- Très satisfait dans l'ensemble
- Ne pratique toujours aucun sport.

OBSERVATION n° 11

Monsieur LEB... Pierre, âgé de 14 ans, étudiant.
Sport pratiqué avant l'intervention : football.
Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : été 1961
 - . de caractère traumatique (chute de vélo) ;
 - . réduite sous A.G. immobilisée 15 jours
- 16 à 18 mois après, première récurrence à la suite d'une chute peu importante ;
- en tout trois récurrences (mais les parents craignant une aggravation réclament l'intervention).

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal (malade gaucher)
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 3 Juillet 1963

- suivant la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 30 séances de rééducation ;
- durée d'hospitalisation : 16 jours ;
- reprise des activités au bout de deux mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECURRENCE

- a- cicatrice chéloïde et sensible
- b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :
 - deltoïde : aucune amyotrophie
 - force musculaire normale ;

biceps : aucune amyotrophie
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . strictement normale pour abduction, adduction, anté-
pulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation
externe par rapport au côté opposé
- . tous mouvements complexes possibles et symétriques

d- quelques douleurs peu gênantes

c- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place
- . pas de lésions arthrosiques.

CONCLUSION :

Dans l'ensemble satisfait du résultat. Pratique actuel-
lement danse classique et rugby, sans difficulté.

OBSERVATION n° 12

Monsieur RON... Michel, âgé de 24 ans, commis d'agent de change.

Sport pratiqué avant l'intervention : tennis

Luxation récidivante de l'épaule DROITE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : décembre 1959
 - . de caractère traumatique (accident de voiture)
 - . réduite sans anesthésie, non immobilisée
- trois semaines après, première récidive (plus subluxation que luxation vraie), réduite par le malade lui-même ;
- très nombreuses récidives (une par semaine en moyenne) ce qui gênait le malade considérablement par la hantise des luxations pour des mouvements imprévus.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 9 Octobre 1963

Suivant la technique décrite, sans section du sous-scapulaire malgré le volume très important de ce muscle.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 45 séances de rééducation ;
- durée d'hospitalisation : 14 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 3 mois (avait pratiquement récupéré sa mobilité au bout de deux mois).

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice un peu large, indolore
- b- état musculaire (par rapport au côté opposé)

deltoïde : aucune amyotrophie
force musculaire normale

biceps : aucune amyotrophie
force musculaire normale

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne normales et symétriques par rapport au côté opposé
- . la rotation externe est inférieure d'environ 25 à 30° par rapport au côté opposé

- d- quelques douleurs au changement de temps
aucun craquement articulaire.

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;
- . pas de lésions arthrosiques.

CONCLUSION :

Dans l'ensemble satisfait du résultat. N'a plus aucune appréhension de se luxer. Ne pratique plus de sport mais pour des raisons étrangères à l'intervention.

OBSERVATION n° 13

Monsieur DRU... Max, âgé de 30 ans, dessinateur industriel.

Sports pratiqués avant l'intervention : épisodiquement : football, natation.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1961
 - . de caractère atraumatique (pour un simple mouvement d'abduction, rotation externe) ;
 - . réduite sans anesthésie, non immobilisée.
- après un délai inconnu, apparition de récurrences presque spontanées, réduites par le malade lui-même (se luxait en ouvrant la porte de sa voiture) ;
- les luxations étaient à la fin pluriquotidiennes.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : très nette amyotrophie deltoïdienne gauche ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 23 Octobre 1963

- suivant la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 70 séances de rééducation ;
- délai d'hospitalisation : 14 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 3 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

a- cicatrice un peu large, indolore

b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :

deltoïde : légère amyotrophie ;
force musculaire un peu diminuée (surtout
l'abduction contrariée)

biceps : aucune amyotrophie
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rotation interne, sont normales par rapport au côté opposé ;
- . rétropulsion inférieure d'environ 15°, rotation externe inférieure d'environ 20°
- . mouvements complexes possibles et indolores

d- quelques douleurs au changement de temps et quelques craquements articulaires non gênants.

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;
- . pas de lésions arthrosiques.

CONCLUSION :

Dans l'ensemble satisfait du résultat ; appréhende encore parfois de se luxer dans les mouvements d'abduction. Aucun changement de métier dû à l'intervention ; pratique épisodiquement les mêmes sports qu'auparavant.

OBSERVATION n° 14

Monsieur LEG... René, âgé de 29 ans, ingénieur.
Sports pratiqués avant l'intervention : judo, natation.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : août 1959 (chute d'une échelle)
 - . de caractère traumatique ;
 - . réduite sous anesthésie générale et immobilisée trois semaines par un bandage de Dujarrier ;
- trois mois après, première récurrence ;
- cinq récurrences en tout, atraumatiques, réduites sous anesthésie sauf les deux dernières ;
- a réclamé l'intervention pour pouvoir continuer à faire du sport.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : quelques douleurs dans le sillon delto-pectoral, rotation externe du côté gauche, limitée à 20° (malade droitier) ;
- radiologique : encoche postérieure nette sur la tête humérale.

3°- INTERVENTION le 23 Janvier 1964

- suivant la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 75 séances de rééducation ;
- durée d'hospitalisation : 15 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 2 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

a- cicatrice un peu large, indolore

b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :

deltoïde : aucune amyotrophie
force musculaire normale

biceps : aucune amyotrophie
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation externe sont normales par rapport au côté opposé ;
- . mouvements complexes possibles et symétriques ;

d- aucune douleur, aucun craquement articulaires.

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;
- . pas de signes athrosiques.

CONCLUSION :

Très satisfait de l'intervention, exerce toujours la même profession. Pratique la natation (a abandonné le judo pour des raisons étrangères à sa butée : souffrait de lombalgies). Tous les matins fait de la culture physique et des haltères. Toutes les semaines fait 600 mètres de crawl.

OBSERVATION n° 15

Monsieur BER... Jacques, âgé de 23 ans, agriculteur.
Sports pratiqués avant l'intervention : moto-cross, natation.
Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : juin 1961
 - . de caractère traumatique : accident de scooter ;
 - . réduite sans anesthésie, immobilisée en écharpe pendant quinze jours ;
- quatre à cinq mois après première récurrence ;
- innombrables récurrences (plusieurs par semaine) jusqu'en 1964 (se luxait pour des mouvements minimes ou des gestes de la vie courante). La réduction de ces luxations était très aisée.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : petite amyotrophie du deltoïde gauche, mobilité normale ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 9 mars 1964

Suivant la technique décrite, sans section du sous-scapulaire malgré le volume important de ce muscle.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 25 séances de rééducation ;
- durée d'hospitalisation : 8 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 3 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

AUCUNE RECIDIVE

a- cicatrice large et indolore

b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :

deltoïde : nette amyotrophie
force musculaire très légèrement diminuée

biceps : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation externe sont normales et symétriques par rapport au côté opposé ;
- . mouvements complexes possibles et symétriques

d- aucune douleur, aucun craquement articulaire

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place et consolidée ;
- . la vis semble être sortie de l'omoplate et n'est plus dans la coracoïde ;
- . aucune lésion arthrosique.

CONCLUSION :

Très satisfait dans l'ensemble. Exerce toujours le même métier et pratique des travaux de force. Continue à faire du moto-cross et de la natation.

OBSERVATION n° 16

Monsieur MAR... Antonio, âgé de 33 ans, manoeuvre.
Sport pratiqué avant l'intervention : aucun.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : septembre 1963.
 - . de caractère traumatique ;
 - . réduite sous anesthésie générale, immobilisée quelques jours ;
- 3 à 4 jours après, au moment de l'ablation de l'immobilisation première récidive ;
- en tout six récidives pour des causes minimales (se luxait en mettant son coude sur la table), réduites par le malade lui-même sauf la dernière.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : mobilité normale et aucune amyotrophie
mais douleurs assez vives pour certains mouvements.
- radiologique : aspect en hachette de la tête humérale.

3°- INTERVENTION le 23 mars 1964

Le passage sous le sous-scapulaire a été difficile mais l'intervention a néanmoins été conduite sans section de ce muscle.

Il n'a pas été mis de drainage.

4°- SUITES OPERATOIRES

- petit hématome évacué au 6ème jour ;
- 30 séances de rééducation ;
- délai d'hospitalisation : 21 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 3 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE

a- cicatrice large, violacée mais indolore

b- état musculaire (par rapport au côté opposé)

deltoïde : discrète amyotrophie ;
force musculaire normale

biceps : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

c- mobilité :

. l'abduction, l'antépulsion sont limitées par rapport au côté opposé (environ 90° chacune) ; la rotation externe est très limitée (30° de moins que le côté opposé) ; la rétropulsion et la rotation interne sont normales ;

. les mouvements complexes sont difficiles et douloureux

d- le malade se plaint de douleurs assez violentes de la région scapulaire antérieure irradiant parfois dans le bras.

Ces douleurs l'ont obligé à arrêter de temps à autre son travail.

e- radiologiquement : butée bien visible, en place. Mais arthrose de l'épaule avec ostéophyte de la tête.

CONCLUSION :

Le malade n'a pas obtenu le résultat qu'il escomptait, et bien que n'ayant pas récidivé, est gêné par ses douleurs et ne peut plus porter de lourdes charges. A été obligé de changer de métier : actuellement peintre.

OBSERVATION n° 17

Monsieur VER... René, âgé de 45 ans, ingénieur.
Sport pratiqué avant l'intervention : le ski.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1959
 - . de caractère traumatique (grosse chute dans un escalier) ;
 - . réduite sous anesthésie générale, et immobilisée trois semaines en écharpe ;
- 16 à 18 mois après, première récurrence, au cours d'une chute de ski ;
- quatre récurrences en tout, les deux dernières très facilement survenues.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 15 avril 1964.

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée de l'hospitalisation : 8 jours ;
- a repris son travail au bout d'un mois et demi environ.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice linéaire et indolore ;
- b- la force musculaire globale du bras est un peu diminuée par rapport au côté opposé ;
- c- la mobilité est globalement normale. Seuls les mouvements d'abduction, de rotation externe du bras sont moins amples que du côté droit ;
- d- quelques douleurs articulaires à la fatigue.

CONCLUSION :

Très satisfait du résultat dans l'ensemble. Exerce toujours la même profession et pratique à nouveau le ski.

OBSERVATION n° 18

Monsieur JAF... Michel, âgé de 27 ans, vétérinaire rural.
Sports pratiqués avant l'intervention : basket, football, natation.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1958

- . de caractère traumatique très modéré (shoot au cours d'un match de basket-ball) ;
- . de réduction spontanée au cours du transport à l'hôpital. Aucune immobilisation (il s'est agit probablement d'une subluxation) ;
- . la récurrence est survenue peu de temps après (au cours d'une chute de cheval) ;
- . jusqu'en 1964, date de l'intervention, le nombre des subluxations est allé croissant.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 13 mai 1964

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée de l'hospitalisation : 10 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 75 jours.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

- a- cicatrice large, indolore ;
- b- la force musculaire globale du bras est normale par rapport au côté opposé ;
- c- la mobilité de l'épaule est normale et symétrique
- d- quelques douleurs aux mouvements brusques.

CONCLUSION :

Complètement satisfait de l'intervention. Exerce le même métier au cours duquel il est amené à fournir des efforts nécessitant une épaule solide. Pratique les mêmes sports qu'avant.

OBSERVATION n° 19

Monsieur HAB... Jacques, âgé de 24 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : ski, natation, voile, escrime.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : décembre 1962
 - . de caractère traumatique (chute de ski sur le moignon de l'épaule) ;
 - . réduite sans anesthésie par le médecin, non immobilisée
- trois à quatre mois après apparition de récidives pour des mouvements simples en particulier d'élévation ou de rétro-pulsion, rotation externe du bras ; la réduction de ces luxations est aisée et pratiquée sans anesthésie ;
- quinze récidives en tout.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 2 décembre 1964.

Selon la technique habituelle sans section du sous-scapulaire.

4°- SUITES OPERATOIRES

- réintervention au dixième jour car sur la radio de contrôle la vis n'est pas dans le col de l'omoplate. Lors de cette réintervention on constate que le fragment coracoïdien est au-dessous du bord inférieur du sous-scapulaire. Devant la difficulté de repasser la coracoïde sous ce muscle, on le sectionne et on fixe solidement le fragment osseux dans le col de l'omoplate. Suture du tendon sous-scapulaire au devant du tendon du coraco-biceps ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée de l'hospitalisation : 30 jours ;
- durée de l'arrêt des activités : 2 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE

a- cicatrice large et légèrement sensible ;

b- état musculaire (par rapport au côté opposé)

deltoïde : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

biceps : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne sont normales et symétriques ;
- . la rotation externe est limitée environ de moitié par rapport au côté opposé (80° à gauche, 40° à droite) ;
- . les mouvements complexes sont possibles

d- aucune douleur ou craquement articulaires

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;
- . pas de signe d'arthrose.

CONCLUSION :

Très satisfait de l'intervention, est actuellement Directeur commercial, pratique les mêmes sports qu'auparavant mais ne peut ni "servir" ni "smatcher" au tennis par appréhension. Fait des travaux de force (abat des arbres à la cognée

OBSERVATION n° 20

Monsieur RUB... Francis, âgé de 51 ans, Président-Directeur-Général.
Sports pratiqués avant l'intervention : natation, tennis, ski, cheval.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1930.
 - . de caractère traumatique (chute sur le membre supérieur) ;
 - . réduite sous anesthésie générale et immobilisée quelques jours en écharpe ;
- innombrables luxations (le malade a attendu l'âge de 51 ans pour se faire opérer).

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 1 avril 1965.

Selon la technique habituelle, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation pratiquée par le malade lui-même ;
- durée de l'hospitalisation : 8 jours ;
- a repris ses activités au bout de quinze jours.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice linéaire et indolore ;
- b- état musculaire (par rapport au côté opposé) : la force musculaire globale est normale ;
- c- la mobilité de l'épaule est normale par rapport au côté opposé ;
- d- quelques douleurs parfois la nuit.

CONCLUSION :

- Très satisfait du résultat de l'intervention.
- Ne fait plus de sport, mais pour des raisons étrangères à cette opération.

OBSERVATION n°21

Madame JUI... Evelyne, âgée de 40 ans, sans profession.
Sports pratiqués avant l'intervention : ski, natation, alpinisme.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- Première luxation : 1947
 - . de caractère traumatique (chute dans un torrent) ;
 - . réduite sous anesthésie générale et immobilisée trois semaines ;
- Plus de cent récidives après cette première luxation, survenant avec une grande facilité (en enfilant une manche de veste, en sursautant, en fermant une porte par exemple) ; réduction facile.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- Clinique : normal.
- Radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 13 Mai 1965

Selon la technique décrite, sans la section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- Aucune complication.
- Rééducation faite par le malade lui-même.
- Durée d'hospitalisation : 8 jours.
- A repris ses activités au bout d'1 mois environ.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE

- a- cicatrice linéaire et indolore ;
- b- force musculaire globale du bras normale par rapport au côté opposé ;
- c- la mobilité est légèrement diminuée surtout en ce qui concerne la rétropulsion et la rotation externe ;
- d- aucune douleur de l'articulation de l'épaule.

CONCLUSION :

Satisfaite du résultat dans l'ensemble. Conserve une discrète limitation des mouvements de son épaule mais pratique à nouveau le ski et la natation.

OBSERVATION n° 22

Monsieur MON... Jean, âgé de 20 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : Hand-ball, patin à glace, ski.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : mars 1964.
 - . sans aucun traumatisme (au cours d'un smatch dans un match de hand-ball) ;
 - . réduite sans anesthésie (facilement), immobilisée trois semaines dans un bandage de Dujarrier ;
- six mois après, première récurrence ;
- quatre récurrences en tout (pratiquement spontanées : deux fois en se retournant dans son lit), réduites facilement ;
- a réclamé l'intervention en raison du handicap que ces luxations représentaient pour sa vie sportive.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 4 août 1965

Suivant la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 20 séances de rééducation ;
- durée de l'hospitalisation : 13 jours ;
- durée de l'arrêt des activités : 2 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968

- UNE RECIDIVE est survenue le 28 décembre 1967 au cours d'une chute sur le coude au patin à glace. La réduction de cette récidive pratiquée sans anesthésie sur les lieux mêmes de l'accident a été EXTREMEMENT LABORIEUSE.

a- cicatrice large et indolore ;

b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :

deltoïde : aucune amyotrophie
force musculaire normale ;

biceps : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

c- mobilité

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation externe normales et symétriques par rapport au côté opposé ;

- . les mouvements complexes sont possibles, symétriques et indolores ;

d- actuellement aucune douleur, quelques craquements articulaires ;

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;

- . vis légèrement tordue ;

- . pas de lésions arthrosiques.

CONCLUSION :

Jusqu'à la récidive du 28 décembre, le sujet pratiquait les mêmes sports qu'avant l'intervention et refaisait en particulier du ski sans se reluxer malgré des chutes importantes.

Il n'éprouvait aucun handicap lié à son épaule. La luxation qui s'est reproduite le 28 décembre est d'origine traumatique très nette et il est encore trop tôt pour savoir si des récidives nouvelles apparaîtront ultérieurement ou si au contraire cette luxation restera un accident isolé.

OBSERVATION n° 23

Monsieur TEI... Guy, âgé de 36 ans, ajusteur mécanicien.

Sports pratiqués avant l'intervention : judo, natation.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1953.
 - . pour un traumatisme modéré (contraction musculaire brusque en tapant sur une enclume) ;
 - . réduite sans anesthésie, non immobilisée ;
- deux ans après première récidive pour un mouvement simple d'abduction forcée. Réduction aisée ;
- nombreuses récidives (une quarantaine en tout) pour des mouvements peu amples d'abduction.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal (malade droitier) ;
- radiologique : encoche postérieure nette sur la tête humérale qui est en outre légèrement aplatie.

3°- INTERVENTION le 20 septembre 1965

Suivant la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- petit hématome non infecté évacué au 10ème jour ;
- 30 séances de rééducation ;
- durée d'hospitalisation : 10 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 3 mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

a- cicatrice chéloïde, indolore

b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :

deltoïde : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale ;

biceps : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation externe du bras sont normales et symétriques par rapport au côté opposé ;
- . mouvements complexes possibles et symétriques ;

d- aucune douleur de l'épaule, aucun craquement articulaire

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;
- . pas de lésions arthrosiques.

CONCLUSION :

Dans l'ensemble satisfait du résultat. Exerce toujours le même métier, pratique la natation mais a arrêté le judo depuis son intervention pour éviter des traumatismes importants.

OBSERVATION n° 24

Mademoiselle PON... Thérèse, âgée de 23 ans, agent E.D.F.
Sport pratiqué avant l'intervention : ski, athlétisme, natation.
Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1960.
 - . de caractère pratiquement spontané (lors d'un mouvement de reptation) ;
 - . réduite sans anesthésie (facilement), immobilisée en écharpe pendant 8 jours ;
- un an après première récurrence ;
- six récurrences en tout pour de simples mouvements (à noter que l'épaule droite s'est luxée deux fois vers l'âge de 18 ans sans récidiver ensuite) ;
- a réclamé l'intervention car ne pouvait plus pratiquer aucun sport.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique (malade droitier) : normal ;
- radiologique : glène plate, étroite, à bord antérieur éculé.

3°- INTERVENTION le 29 septembre 1965.

Suivant la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- pas de rééducation par un kinésithérapeute (s'est rééduquée elle-même) ;
- délai d'hospitalisation : 19 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 2 mois et demi.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

a- cicatrice large, indolore ;

b- état musculaire par rapport au côté opposé :

deltoïde : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

biceps : amyotrophie (circonférence du bras à sa partie
moyenne inférieure de 1 centimètre par rapport
au côté droit) ;
force musculaire très légèrement diminuée.

c- mobilité :

- . strictement normale par rapport au côté opposé y compris
la rotation externe ;
- . mouvements complexes possibles et indolores ;

d- aucune douleur, aucun craquement articulaire ;

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;
- . aucune lésion arthrosique.

CONCLUSION :

Très satisfaite du résultat.

Métier identique. Pratique les mêmes sports qu'avant
l'intervention et ne s'est jamais reluxée malgré de nombreuses
chutes à ski.

OBSERVATION n° 25

Monsieur LER... Jacques, âgé de 24 ans, technicien de laboratoire.

Sports pratiqués avant l'intervention : ski, judo, natation.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : décembre 1963.
 - . de caractère traumatique (chute de ski) ;
 - . réduite sans anesthésie, non immobilisée ;
- deux mois après, apparition de récurrences pour de simples mouvements du bras, réduites par le malade lui-même.
- une vingtaine de luxations en tout.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 9 février 1966.

Selon la technique habituelle, sans section du sous-scap.

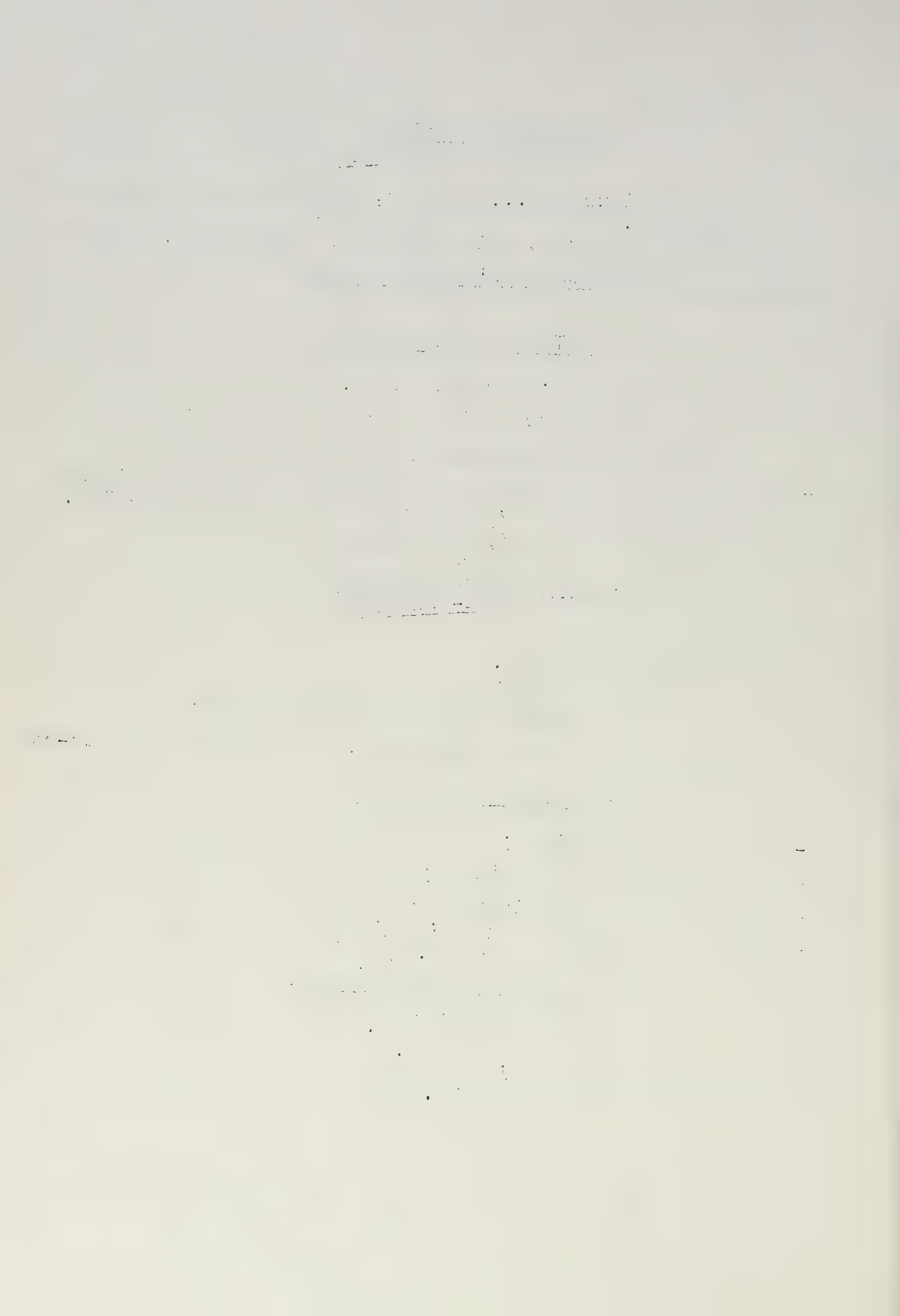
4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 30 séances de rééducation ;
- durée de l'hospitalisation : 8 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : deux mois et demi.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

a- cicatrice large et indolore.



b- état musculaire (par rapport au côté opposé)

deltoïde : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale ;

biceps : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation externe sont normales par rapport au côté opposé ;
- . les mouvements complexes sont possibles et symétriques ;

d- quelques douleurs peu gênantes de l'épaule ;

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;
- . pas de signe d'arthrose.

CONCLUSION :

Très satisfait du résultat. Exerce la même profession et pratique les mêmes sports qu'avant l'intervention (en particulier refait du ski avec chutes sans se reluxer).

OBSERVATION n° 26

Monsieur CAR... Hubert, âgé de 32 ans, monteur.
Sport pratiqué avant l'intervention : aucun.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- date de la première luxation : 1960.
 - . de caractère atraumatique à la suite d'un simple effort ;
 - . réduite et non immobilisée ;
- après un délai inconnu première récurrence réduite et immobilisée quinze jours ;
- en tout six récurrences pour des mouvements simples (en nageant, en se retournant dans son lit).

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 10 février 1966.

Selon la technique habituelle sans section du sous-scapulaire malgré le volume important de ce muscle.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 0 séances de rééducation (par le malade lui-même) ;
- durée de l'hospitalisation : 8 jours ;
- a repris ses activités au bout de un mois.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

- a- cicatrice large et indolore ;
- b- la force musculaire globale du bras est normale par rapport au côté opposé ;
- c- la mobilité globale de l'épaule est normale et symétrique par rapport au côté opposé ;
- d- il existe quelques douleurs aux changements de temps.

CONCLUSION :

Très satisfait du résultat dans l'ensemble.

Exerce le même métier qu'auparavant.

OBSERVATION n° 27

Monsieur GEO... Patrick, âgé de 19 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : barres fixes, natation, volley-ball, hand-ball.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : fin 1963.
 - . de caractère traumatique (chute de ski) ;
 - . réduite d'urgence et non immobilisée ;
- première récurrence, un an après, pour un traumatisme peu violent ;
- très nombreuses récurrences jusqu'en 1966, date de l'intervention. Le malade dû cesser tous les sports qu'il pratiquait auparavant et dû renoncer à faire de l'alpinisme en raison de la facilité des luxations pour de simples mouvements du bras. La réduction de ces luxations était extrêmement aisée par le malade lui-même qui effectuait un mouvement d'antépulsion.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 7 Juillet 1966.

La section du sous-scapulaire a été nécessaire en raison de l'extrême difficulté éprouvée à passer la coracoïde sous ce muscle. Son tendon a été suturé en avant du coraco-biceps.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée de l'hospitalisation : 15 jours ;
- reprise des activités au bout d'un mois.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

- a- cicatrice élargie et parfois sensible
- b- la force musculaire globale du bras est légèrement diminuée par rapport au côté opposé ;
- c- mobilité :
 - . la mobilité globale de l'épaule est normale sauf les mouvements d'antépulsion et rotation externe qui sont légèrement limités par rapport au côté opposé ;
- d- aucune douleur, aucun craquement articulaire.

CONCLUSION :

Très satisfait du résultat dans l'ensemble. Pratique l'escalade sans aucune gêne ni appréhension, a repris le ski et la natation.

OBSERVATION n° 28

Monsieur BLO... Etienne, âgé de 27 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : ski, tennis.

Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1961
 - . de caractère atraumatique (légère chute de ski) ;
 - . réduite d'urgence et non immobilisée ;
- après un délai inconnu, première récidive à la suite d'un mouvement d'élévation du bras ;
- 30 à 40 récidives en tout de survenue facile, réduites par le malade lui-même.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 11 janvier 1967.

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée d'hospitalisation : 8 jours ;
- a repris ses activités très rapidement.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

- a- cicatrice linéaire et indolore ;
- b- la force musculaire est normale par rapport au côté opposé ;
- c- la mobilité est normale et symétrique par rapport au côté opposé ;
- d- aucune douleur de l'articulation de l'épaule.

CONCLUSION :

Très satisfait du résultat de l'intervention. Pratique à nouveau le ski et le tennis.

OBSERVATION n° 29

Monsieur FRA... Philippe, âgé de 16 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : athlétisme, natation,
patin à glace.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : octobre 1966 :
 - . de caractère traumatique (chute sur le coude à la patinoire) ;
 - . réduite sur place, non immobilisée ;
- après un délai de trois semaines : première récurrence ;
- trois récurrences en tout, surtout pour des mouvements de rétro-pulsion rapide du bras ;

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : deltoïde droit discrètement atrophié (malade droitier) ;
- radiologique : tête humérale normale ;
glène plate à bord antérieur éculé.

3°- INTERVENTION le 27 Mai 1967.

Selon la technique décrite sans section du sous-scap;
L'articulation n'a pas été ouverte.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- 20 séances de rééducation ;
- durée d'hospitalisation : 10 jours ;
- reprise des activités antérieures au bout de trois mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

a- cicatrice large, indolore ;

b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :

deltoïde : légère amyotrophie ;
force musculaire normale ;

biceps : amyotrophie de 1/2 centimètre de circonférence
du bras à sa partie moyenne ;
force musculaire normale.

c- mobilité :

- . tous les mouvements de l'épaule, y compris la rotation externe sont strictement normaux et symétriques ;
- . les mouvements complexes sont possibles et symétriques ;

d- aucune douleur, aucun craquement articulaire

e- radiologiquement :

- . butée bien visible, en place ;
- . vis tordue à ras du col de l'omoplate semble-t-il ;
- . pas de lésions arthrosiques.

CONCLUSION :

Dans l'ensemble satisfait du résultat. Pratique les mêmes sports qu'avant l'intervention.

OBSERVATION n° 30

Monsieur SZE... Patrick, âgé de 19 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : tennis, voile.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : septembre 1966
 - . de caractère traumatique (chute à la barre fixe) ;
 - . réduite et immobilisée 21 jours ;
- après un délai inconnu, a fait deux récidives pour des traumatismes très discrets.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 26 juin 1967

Selon la technique habituelle sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée de l'hospitalisation : 5 jours ;
- a repris ses activités au bout d'un mois.

5°- EXAMEN EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

- a- cicatrice large, indolore ;
- b- état musculaire (par rapport au côté opposé) :

deltoïde : aucune amyotrophie ;
force musculaire normale.

biceps : aucune amyotrophie ;
force musculaire : normale.

c- mobilité :

- . abduction, antépulsion, rétropulsion, rotation interne, rotation externe sont normales et symétriques ;
- . les mouvements complexes sont possibles et symétriques.

d- aucune douleur.

CONCLUSION :

Dans l'ensemble très satisfait du résultat. Pratiqué les mêmes sports qu'avant l'intervention sans aucune difficulté.

OBSERVATION n° 31

Monsieur DES... François, âgé de 22 ans, étudiant.
Sports pratiqués avant l'intervention : équitation, patin à
glace, tennis.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : octobre 1966.
 - . de caractère traumatique (chute au parcours du combat-
tant) ;
 - . réduite sous anesthésie générale et non immobilisée ;
- quelques semaines après apparition de récurrences qui au total
ont dépassées la centaine. Elles se produisaient soit au
cours d'efforts violents, soit pendant le sommeil, soit
en enfilant une manche. Ces luxations étaient facilement
réduites par le malade lui-même.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : la tête humérale saillie en avant très nettement
dans les mouvements de rotation externe et d'abduction ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 6 juillet 1967.

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap;

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée d'hospitalisation : 8 jours ;
- a repris ses activités au bout d'un mois.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

- a- cicatrice large et indolore ;
- b- la force musculaire globale du bras est encore légèrement diminuée du côté opéré mais de l'avis du malade, progresse régulièrement ;
- c- la mobilité est diminuée par rapport à l'épaule gauche surtout la rotation externe ;
- d- quelques douleurs aux changements de temps et lors des mouvements de circumduction de l'épaule.

CONCLUSION :

Satisfait du résultat dans l'ensemble. Pratique les mêmes sports qu'avant l'intervention, sauf le patin à glace qu'il n'a pas encore repris.

N.B. Il est à noter d'une part que le malade, trois ans avant sa première luxation, avait été victime d'une chute avec douleur violente de l'épaule droite sans véritable luxation. D'autre part le malade s'est luxé une fois l'épaule gauche en 1965 sans jamais récidiver de ce côté.

OBSERVATION n° 32

Monsieur BEC... Eric, âgé de 26 ans, chef de groupe.
Sports pratiqués avant l'intervention : ski, voile, escrime.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1963
 - . de caractère traumatique (accident de ski) ;
 - . réduite sans anesthésie et non immobilisée ;
- six mois après, apparition de récidives pour de simples mouvements ce qui lui interdit la pratique de tout sport ;
- il y eut en tout 30 à 40 luxations, que le malade réduisait lui-même.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 15 juillet 1967.

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation : 30 séances ;
- durée d'hospitalisation : 23 jours ;
- durée de l'arrêt de travail : 2 mois.

5°- INTERROGATOIRE EN JANVIER 1968.

AUCUNE RECIDIVE.

- a- cicatrice large, indolore ;
- b- la force musculaire globale du bras est très légèrement diminuée par rapport au côté opposé ;

- c- la mobilité est encore limitée dans les mouvements de rétro-pulsion et de rotation externe du bras ;
- d- il n'existe aucune douleur, ni aucun craquement articulaire.

CONCLUSION :

Complètement satisfait du résultat dans l'ensemble.
Exerce le même métier qu'auparavant et pratique à nouveau le ski, la voile et l'escrime.

=====

A ces 32 observations, on peut ajouter 4 observations de malades non revus récemment.

Monsieur GIN... âgé de 30 ans.
Sport pratiqué avant l'intervention : ski.
Luxation récidivante de l'épaule GAUCHE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation en 1959 :
 - . de caractère traumatique (accident de ski)
- très nombreuses récidives réduites simplement par le malade.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 4 Janvier 1962.

Selon la technique décrite sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée de l'hospitalisation : 8 jours.

5°- EXAMEN LE 1er OCTOBRE 1962

AUCUNE RECIDIVE

- mobilité normale par rapport au côté opposé ;
- légère douleur lors de la rotation interne.

CONCLUSION :

Ce malade, dix mois après son intervention, présentait un excellent résultat.

..

Monsieur CAB... François, âgé de 28 ans, ingénieur.
Sport pratiqué avant l'intervention : volley-ball.
Luxation récidivante de l'épaule DROITE.

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : 1955.
 - . de caractère atraumatique (au cours d'un mouvement) ;
 - . réduction spontanée, aucune immobilisation ;
- innombrables récidives survenant surtout au cours des matches dans les matchs de volley-ball.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 6 Mai 1963.

Selon la technique décrite, sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- petit hématome aseptique évacué au 5ème jour ;
- 30 séances de rééducation ;
- durée de l'hospitalisation : 10 jours.

5°- EXAMEN LE 13 MARS 1964

AUCUNE RECIDIVE.

- mobilité normale ;
- aucune douleur.

CONCLUSION :

Ce malade n'a pû être revu en janvier 1968, mais présentait un an environ après son intervention un résultat satisfaisant.

.
..

Monsieur AST... âgé de 43 ans.
Sport pratiqué avant l'intervention : tennis.
Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

- première luxation : février 1964
 . de caractère traumatique (accident de ski) ;
- récidives quelques semaines après de plus en plus facilement ;
- il n'y en eut quatre en tout.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : normal.

3°- INTERVENTION le 1 avril 1964.

Selon la technique décrite sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- rééducation faite par le malade lui-même ;
- durée d'hospitalisation : 8 jours.

5°- EXAMEN LE 4 MARS 1965

AUCUNE RECIDIVE.

- mobilité strictement normale par rapport au côté opposé ;
- aucune douleur ;
- a repris le tennis.

CONCLUSION :

Ce malade qui n'a pu être contacté avait été revu environ un an après son intervention et présentait à l'époque un résultat parfait.

..

Monsieur BOU... Jack, âgé de 40 ans, préparateur en pharmacie.

Sport pratiqué avant l'intervention : aucun.

Luxation récidivante de l'épaule DROITE

1°- HISTOIRE DE LA MALADIE

Aucun renseignement.

2°- EXAMEN PRE-OPERATOIRE

- clinique : normal ;
- radiologique : aspect très net en hachette de la tête humérale

3°- INTERVENTION le 20 Octobre 1965.

Selon la technique décrite sans section du sous-scap.

4°- SUITES OPERATOIRES

- aucune complication ;
- trente séances de rééducation ;
- délai d'hospitalisation : 13 jours.

5°- EXAMEN EN FEVRIER 1967.

- la mobilité de l'épaule est normale.
- il existe quelques douleurs aux efforts musculaires ;
- AUCUNE RECIDIVE n'a été enregistrée.

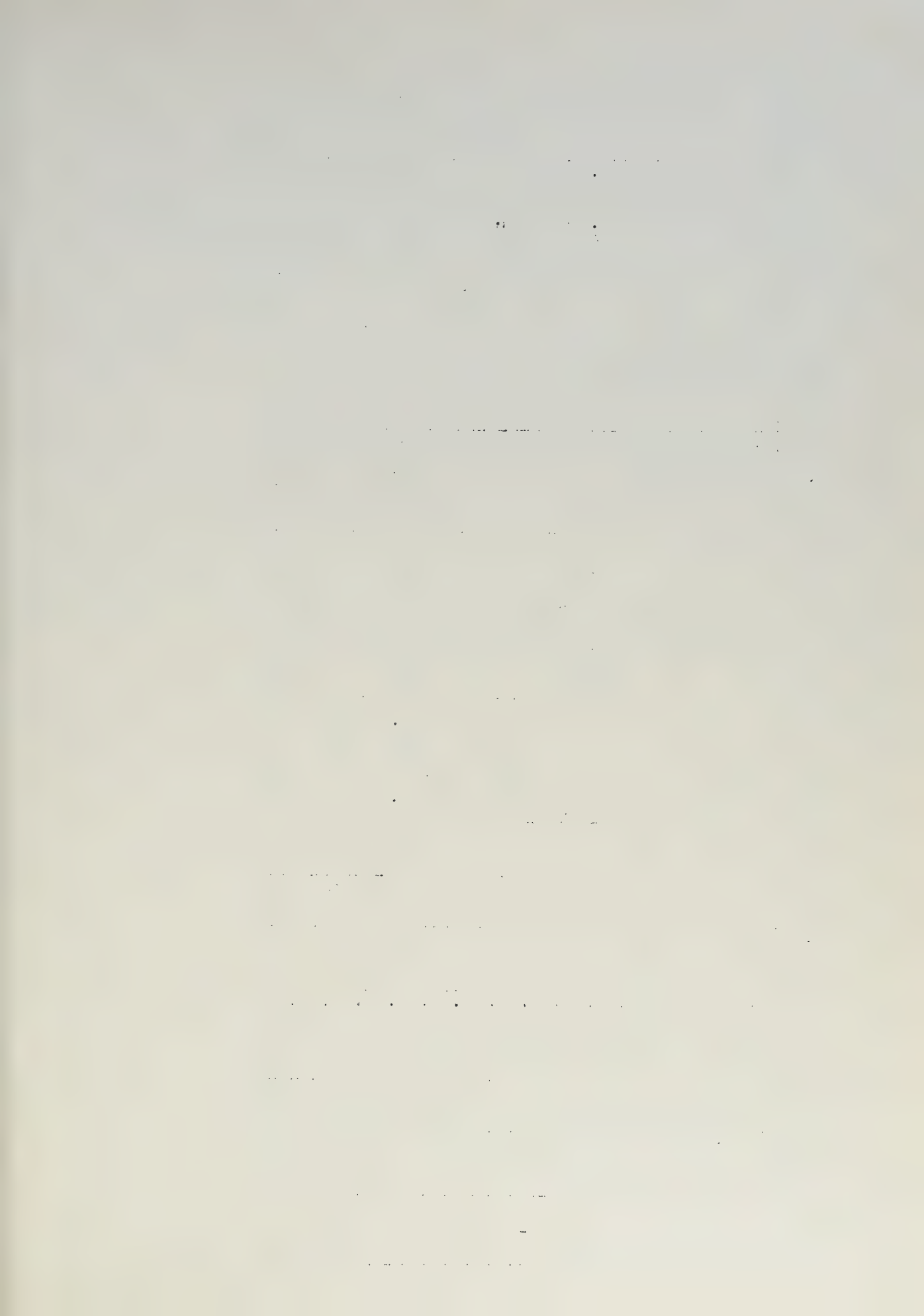
CONCLUSION :

Ce malade n'a dû être revu en janvier 1968 mais présentait un an et demi après son intervention un résultat satisfaisant.

.
..

N°	lère luxation			Examen pré-opératoire		Intervention		Suites			
Obs.	côté	âge	carac.	imm	ré	clinique	radiologique	date	particula- rités.	compli- cations	nb séances
1	D	17	trau.	8j	11	normal	normal	8/2/62	aucune	aucune	0
2	G	24	atrau.	0	15	normal	enc. post.	24/2/62	section SS.	aucune	40
3	G	26	trau.	30j	7	normal	enc. supé.	14/3/62	aucune	aucune	0
4	D	55	atrau.	21j	4	normal	tête hach.	16/4/62	aucune	aucune	30
5	G	25	trau.	8j	18	normal	normal	29/9/62	section SS.	aucune	25
6	G	20	atrau.	0	50	normal	normal	13/2/62	aucune	aucune	10
7	D	24	atrau.	0	2	normal	normal	27/2/62	aucune	aucune	0
8	D	18	trau.	10j	4	normal	tête hach.	13/2/63	aucune	aucune	0
9	G	18	trau.	0	3	atrophie.bic. & deltoïde	normal	13/2/63	section SS.	aucune	20
10	G	37	trau.	10j	inf	normal	tête hach.	9/3/63	cor.bic.pas sé dev. SS	héma.sup. évac.5 j.	20
11	D	12	trau.	15j	3	normal	normal	3/7/63	aucune	aucune	30
12	D	20	trau.	0	inf	normal	normal	9/10/63	aucune	aucune	45
13	G	28	atrau.	0	inf	atrophie delt	normal	23/10/63	aucune	aucune	70
14	G	24	trau.	21j	5	lim.de la RE qqs.douleurs	enc. post.	23/1/64	aucune	aucune	75
15	G	20	trau.	15j	inf	atrophie delt	normal	9/3/64	aucune	aucune	25
16	D	32	trau.	8j	6	qqs.douleurs	tête hach.	23/3/64	aucune	pet.hém.	30
17	G	40	trau.	21j	4	normal	normal	15/4/64	aucune	aucune	0

Examen en janvier 1968										chang.	Sports
N°										métier	pratiq.ues
Obs.	dur. hos.	durée arr. T	Réci- dive	force musculaire	limitation des mouv.	doul.	cracq.	radiographie			
1	5 j	1 mois	0	diminuée	aucune	+	0	---	aucun	idem	
2	15 j	3 mois	0	normale	aucune	0	+	consolidation mais vis sortie	aucun	idem	
3	8 j	1m 1/2	0	normale	aucune	0	0	---	aucun	idem	
4			0	normale	aucune	+	0	butée descen- due vis sortie	aucun	idem	
5	20 j	1m 1/2	0	normale	aucune	0	0	R.A.S.	aucun	idem	
6	8 j	1 mois	0	diminuée	RE limitée	+	0	---	aucun	idem	
7	8 j	1 mois	0	normale	aucune	0	0	---	aucun	idem	
8	10 j	15 j	0	normale	aucune	+	0	---	aucun	a cessé sp. viol.	
9	12 j	2m 1/2	0	normale	aucune	0	0	R.A.S.	aucun	idem	
10	30 j	3 mois	0	diminuée	légère	+	+	R.A.S.	aucun	idem	
11	16 j	2 mois	0	normale	aucune	+	0	R.A.S.	aucun	idem	
12	14 j	3 mois	0	normale	RE limitée	+	0	R.A.S.	aucun	idem	
13	14 j	3 mois	0	légt. dimin.	RE limitée	+	+	R.A.S.	aucun	idem	
14	15 j	2 mois	0	normale	aucune	0	0	R.A.S.	aucun	idem	
15	8 j	3 mois	0	normale	aucune	0	0	consolidation mais vis sortie	aucun	idem	
16	21 j	3 mois	0	normale	très limit.	++	0	arthrose épaule	oui	idem	
17	8 j	1m 1/2	0	diminuée	RE limitée	+	0	---	aucun	idem	



N°	Examen pré-opératoire					Intervention	Suites				
Obs.	côté	âge	carac.	imm.	nb. de	clinique	radiologique	date	particul- arités.	compli- cations	nb séances
18	D	21	atrau.	0	inf	normal	normal	13/5/64	aucune	aucune	0
19	D	22	trau.	0	15	normal	normal	2/12/64	aucune	réinter.	0
20	D	16	trau.	8j	inf	normal	normal	1/4/65	aucune	aucune	0
21	G	22	trau.	21j	inf	normal	normal	13/5/65	aucune	aucune	0
22	D	19	atrau.	21j	4	normal	normal	4/8/65	aucune	aucune	20
23	G	24	atrau.	0	40	normal	enc. post.	20/9/65	aucune	pet.hém.	30
24	G	18	atrau.	8j	6	normal	glène plate	29/9/65	aucune	aucune	0
25	G	21	trau.	0	20	normal	normal	9/2/66	aucune	aucune	30
26	D	26	atrau.	0	6	normal	normal	10/2/66	aucune	aucune	0
27	D	16	trau.	0	inf	normal	normal	7/7/66	section SS.	aucune	0
28	G	21	atrau.	0	35	normal	normal	11/1/67	aucune	aucune	0
29	D	15	trau.	0	3	atrop. delt.	glène plate	27/5/67	aucune	aucune	20
30	D	18	trau.	21j	2	normal	normal	26/6/67	aucune	aucune	0
31	D	21	trau.	0	inf	sub-lux en RE	normal	6/7/67	aucune	aucune	0
32	D	22	trau.	0	35	normal	normal	15/7/67	aucune	aucune	30

N°		Examen en janvier 1968						Prépar. matériel		Sports pratiqués	
obs.	dur. hos.	durée arr. T	Réci dive	force musculaire	limitation des mouv.	doul	cray	radiographie			
18	10 j	2m 1/2	0	normale	aucune	+	0	---	aucun	idem	
19	30 j	2 mois	0	normale	RE limitée	0	0	R.A.S.	aucun	idem	
20	8 j	15 j	0	normale	aucune	+	0	---	aucun	idem	
21	8 j	1 mois	0	normale	RE limitée	0	0	---	aucun	idem	
22	13 j	2 mois	1	normale	aucune	0	+	consolidation mais vis tordue	aucun	cf. obs.	
23	10 j	3 mois	0	normale	aucune	0	0	R.A.S.	aucun	a cessé le judo	
24	19 j	2m 1/2	0	normale	aucune	0	0	R.A.S.	aucun	idem	
25	8 j	2m 1/2	0	normale	aucune	+	0	R.A.S.	aucun	idem	
26	8 j	1 mois	0	normale	aucune	+	0	---	aucun	idem	
27	15 j	1 mois	0	legit. dimin.	RE limitée	0	0	---	aucun	idem	
28	8 j	tr. rap	0	normale	aucune	0	0	---	aucun	idem	
29	10 j	3 mois	0	normale	aucune	0	0	consolidation mais vis tordue	aucun	idem	
30	5 j	1 mois	0	normale	aucune	0	0	---	aucun	idem	
31	8 j	1 mois	0	legit. dimin.	RE limitée	+	0	---	aucun	idem	
32	23 j	2 mois	0	legit. dimin.	limitée	0	0	---	aucun	idem	

VII- RESULTATS

Nous analyserons successivement :

- les difficultés opératoires ;
- les suites opératoires ;
- les résultats proprement dits, c'est à dire :
 - . les récidives ;
 - . l'état de la cicatrice ;
 - . la mobilité de l'épaule ;
 - . la force musculaire ;
 - . l'état trophique des muscles de l'épaule ;
 - . l'existence éventuelle de douleurs, et,
 - . les incidences professionnelles et sportives.

A- LES DIFFICULTES OPERATOIRES

Il n'y eut pas de complications opératoires à proprement parler mais seulement certaines difficultés chez les sujets très musclés, où l'articulation était profonde.

Nous avons vu que dans quatre cas la section du muscle sous-scapulaire a paru préférable pour que l'opération reste simple et sans danger :

- deux fois car ce muscle était de volume très important et ne pouvait être isolé facilement (obs. n°5 et 9) ;
- deux fois car l'abord de l'articulation était particulièrement mal aisé et profond (obs. n°2 et 27).

Dans ces quatre cas le muscle a été suturé en avant du tendon du coraco-biceps.

Dans un cas opéré auparavant par la méthode d'ODDARD, le muscle sous-scapulaire était aminci et très difficilement indi-

vidualisable. La coracoïde et le tendon du coraco-biceps furent passés et fixés en avant de lui (obs. n°10).

Dans un cas la vis n'était pas dans le col de l'omoplate, ce qui a nécessité une réintervention au 10ème jour afin d'assurer un montage solide (obs. n°19).

B- LES SUITES OPERATOIRES

1°- Les complications post-opératoires furent bénignes.

Sur 32 cas il y eut :

- 2 hématomes "propres" évacués respectivement au 6ème et 10ème jour (obs. n°16 et 23) ;
- 1 hématome infecté évacué au 5ème jour qui a retardé de huit jours la cicatrisation mais n'a laissé aucune séquelle (obs. n°10).

2°- La durée d'hospitalisation

Sur 31 malades, la durée d'hospitalisation moyenne a été de 12 jours. On ne peut en effet tenir compte de l'observation n°4 car la malade fut opérée au cours d'une hospitalisation pour coxarthrose.

3°- La rééducation

- a été faite par le malade lui-même dans 15 cas ;
- sur les 17 malades restant le nombre moyen des séances de kinésithérapie a été de 32.

4°- La durée de l'arrêt du travail

Deux catégories de malades sont à distinguer ici :

- la première comprend les malades ayant surtout une activité intellectuelle. La reprise des activités s'est faite rapidement (un mois en moyenne après l'intervention) ;

- la deuxième comprend ceux dont le travail comporte une part manuelle importante. La moyenne de l'arrêt de travail fut chez eux de 2 mois et demi à 3 mois, mais n'excéda jamais ce chiffre.

C- LES RESULTATS PROPREMENT DITS

1°- Les récidives post-opératoires

Dans notre série de 32 malades il n'y eut qu'une seule récidive. Celle-ci mérite d'être analysée, car elle n'est peut être pas à mettre entièrement au passif de la méthode (obs.n°22).

La récidive est survenue 28 mois après l'intervention, au cours d'un traumatisme important puisque le malade est tombé sur le coude du côté opéré en patinant.

Cette luxation a été réduite sur les lieux de l'accident, mais la réduction a été très laborieuse probablement en raison de la présence de la butée.

Entre l'intervention et la récidive, le malade avait repris une activité normale et pratiquait sans aucune appréhension les sports qu'il avait dû abandonner trois ans auparavant en raison de l'instabilité de son épaule. Il refaisait en particulier du ski, ce qui sous entend une sollicitation de l'épaule opérée et des chutes.

Ce malade revu un mois après sa récidive avait une épaule cliniquement normale tant au point de vue de la mobilité que de la force musculaire et ne souffrait pas.

L'examen radiologique montrait une vis très légèrement tordue mais une butée en place et semblant fusionnée au col de l'omoplate.

Ainsi il est trop tôt pour savoir si cette récédive restera un accident traumatique isolé ou si elle sera à l'origine d'un échec véritable.

2°- Etat de la cicatrice

Sur 32 cas, 31 fois la cicatrice était parfaitement indolore.

Par contre, l'esthétique laissait souvent à désirer puisque dans 21 cas (65 %), elle était large de 1/2 à 1 centimètre et présentait des plis transversaux.

Dans 10 cas elle était linéaire.

Il n'y eut qu'une cicatrice chéloïde et sensible (obs. n°11).

3°- Mobilité de l'épaule

Nous séparerons les malades revus et examinés en janvier 1968 (18 cas) chez lesquels chaque mouvement de l'épaule a pu être noté avec précision et ceux qui ont répondu à un questionnaire (14 cas) et chez qui l'appréciation de la mobilité n'a pu être faite avec rigueur.

Dans la première catégorie :

- tous les mouvements de l'épaule y compris la rotation externe étaient normaux et symétriques par rapport au côté opposé chez 13 malades ;

- dans 5 cas la rotation externe était limitée (inférieure à 20 ou 30° dans 4 cas), obs. n°10, 12, 13, 16 et 19 ;

- . 2 fois seule

- . 3 fois associée à une limitation d'autres mouvements

Dans l'observation n°16 il y avait en particulier une limitation importante de l'abduction et de l'antépulsion.

Dans la deuxième catégorie :

- 8 malades alléguaient une mobilité normale et symétrique ;
- 6 malades disaient cette mobilité légèrement diminuée.

4°- Force musculaire

Pour étudier la force musculaire nous reprendrons les deux catégories vues au chapitre précédent.

Dans la première catégorie :

- la force du deltoïde était normale et symétrique dans 15 cas, légèrement diminuée dans 3 cas ;
- la force du biceps était normale et symétrique dans 16 cas, légèrement diminuée dans 2 cas ;

Dans la deuxième catégorie :

- la force musculaire globale subjective était :
 - . normale dans 8 cas ;
 - . légèrement diminuée dans 6 cas.

5°- Etat trophique des muscles de l'épaule

Dans la première catégorie il existait une amyotrophie du deltoïde :

- discrète dans 3 cas ;
- franche dans 1 cas.

Une discrète amyotrophie du biceps dans 3 cas.

Dans la deuxième catégorie, il n'est pas possible d'avoir une opinion sur cet élément.

6°- Douleurs et craquements articulaires

Sur les 32 malades :

a- Douleurs

- 17 ne souffraient pas du tout (53 %) ;
- 15 se plaignaient de douleurs intermittentes aux changements de temps, peu gênantes (47 %).

Dans un de ces quinze cas, existaient des douleurs qui par leur intensité et leur fréquence obligèrent le malade à supprimer tout travail de force.

b- Craquements

- 28 malades n'avaient aucun craquement articulaire (87,5 %) ;
- 4 se plaignaient de quelques craquements à la mobilisation (12,5 %).

7°- Incidences professionnelles et sportives

a- Professionnelles :

Sur 32 malades un seul a été obligé de changer de métier en raison des douleurs (obs. n°16).

b- Sportives :

- Aucun malade sportif n'a dû cesser le sport à la suite de l'intervention.

- 4 seulement ont abandonné un des sports qu'ils pratiquaient précédemment. Par contre 2 malades ont non seulement repris les mêmes activités sportives qu'auparavant mais font en plus : l'un du tennis, l'autre du rugby (obs. n°7 et 11) ;

- en outre, 5 malades font couramment des travaux de force (obs. n°3, 14, 15, 18 et 19).

D- LES RESULTATS GLOBAUX

Au total sur ces 32 malades :

1°- 16 ont un excellent résultat (soit 30 %), c'est à dire :

- aucune récurrence ;
- force musculaire et mobilité de l'épaule normales ;
- aucune gêne professionnelle et sportive ;
- douleurs inexistantes (9 cas) ou très peu gênantes (7 cas).

2°- 10 ont un bon résultat (soit 31,5 %), c'est à dire :

- aucune récurrence ;
- force musculaire OU mobilité diminuée ;
- aucune gêne professionnelle et sportive ;
- quelques douleurs.

3°- 4 ont un résultat moyen (soit 12,5 %) c'est à dire :

- aucune récurrence ;
- force musculaire ET mobilité diminuées ;
- aucune gêne professionnelle, léger handicap sportif ;
- quelques douleurs.

4°- 2 ont un résultat médiocre (soit 6 %)

- l'un, car malgré l'absence de récurrence, le malade se plaint de douleurs assez vives qui l'ont obligé à changer de métier (obs. n°16) ;
- l'autre, car il a récidivé (tout en présentant un résultat fonctionnel excellent : obs. n°22).

C O N C L U S I O N S

En raison du nombre limité d'observations que nous possédons, il n'est pas possible de donner aux pourcentages qui expriment les résultats une valeur générale et d'avoir une opinion définitive sur la méthode décrite.

Néanmoins l'utilisation de ce procédé dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule nous paraît être une solution satisfaisante puisqu'il n'y eut qu'une récurrence et un résultat médiocre fonctionnellement. En outre, l'étude des résultats tend à prouver que la section et la suture du muscle sous-scapulaire est un geste accessoire qui, dans certains cas, peut faciliter l'intervention, mais n'est en règle pas nécessaire et n'influe en tout cas nullement sur le pronostic ultérieur. Cette méthode a enfin l'avantage de n'entraîner qu'une immobilisation de courte durée et de permettre une récupération fonctionnelle rapide.

Elle semble constituer un progrès important sur les butées du type Robineau puisque sur 20 malades opérés avant 1962 dans le service, selon cette technique (modifiée par l'encastrement du greffon dans le col de l'omoplate) et revus au début de cette année, six avaient récidivés.

Ainsi, si la butée osseuse coracoïdienne préglénoïdienne n'est pas la seule solution du traitement de la luxation récidivante de l'épaule, c'est une de celles qui avec l'opération de BANKART semble donner le moins grand nombre de récurrences.

VU : LE DOYEN
BROUET

VU : LE PRESIDENT
P. PADOVANI

VU : LE RECTEUR
ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1- ADAMS J.C. - "Recurrent dislocation of the shoulder"
J. Bone Surg, feb. 1948, 30, n° 1, 26-38 (bibliographie)
- 2- AIMES A. - "Traitement des luxations récidivantes de l'épaule par le procédé de Oudard."
Montpellier Med, sept-Oct 1949, 92, n° 5, 252-254.
- 3- BANKART A.S.B. - "The Pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder".
Brit. J. Surg, July 1938, 26, 23-29.
- 4- BATEMAN J.E. - "Gallie technique for repair of recurrent dislocation of the shoulder".
Surg. clin. north-Amer, dec. 1963, 43, n° 6, 1655-1662.
- 5- BEJARANO AL. - "Recurrent dislocation of the shoulder treated by a modification of the Putti-Platt operation".
J. interna. coll. surgeons, aout 1964, 42, n° 2, 194-197.
(résumé français).
- 6- BERBEN J.Y. - "A propos du traitement des luxations récidivantes de l'épaule, opération de Nicola".
Lyon chir. Juil. 1955, 51, n°1, 114-116.
- 7- BLONDIN S. & CAUCHOIX J. - "Les causes des échecs dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule. Quelques modifications apportées à la méthode des butées coracoïdiennes".
J. chir., 1941, 58, n° 1, 1-14.
- 8- BARV E.A. - "Recurrent dislocation of the shoulder. Ten year's experience with the Putti-Platt reconstruction procedure".
Am J. surg., spt 1960, 100, n°3, 423-430 (bibliographie)
- 9- CAMERA U. - "A propos des luxations récidivantes de l'épaule (communication de P. Padovani)".
Rev. chir. Orthop., oct-déc 1951, 37, n° 5-6, 515-516.
- 10- CHAPCHAL G. et WOUTERS H.W. - "15 cas de butées coracoïdiennes ayant donné un excellent résultat. Pas de résorption du greffon, pas de récurrences (résumé de la communication)".
Rev. Chir. Orthop., oct-déc 1951, 37, n° 5-6, 516.

- 11- CHIPPAUX C. & ANRAEDT J.L. - "Le traitement de la luxation récidivante de l'épaule par l'opération de Dickson O'dell".
J. chir., dec 1959, 78, n° 5, 558-562.
- 12- CRENSHAW A.H. - "Luxation récidivante antéro-interne de l'épaule".
Traité de chirurgie orthopédique de la clinique Campbell.
Librairie Maloine 1966. Tome V p. 1091.
- 13- CREYSSEL J. - "Sur le traitement des luxations récidivantes de l'épaule".
Lyon chir., juillet 1958, 54, n° 4, 607-609.
- 14- DANIS A. - "Technique nouvelle du traitement de la luxation récidivante de l'épaule".
Acta. orthop. belg., sept-oct 1966, 32, n° 5, 729-742.
- 15- DECKER P. - "L'opération de Oudard pour la luxation récidivante de l'épaule. Résultats après trois ans".
Mém. Acad. chir., avril 1939, 65, n° 12, 526-532.
- 16- DE PALMA A.F. - "factors which interfere in the choice of a modified Magnuson procedure in the treatment of anterior recurrent dislocation of the shoulder".
Surg. clin. north-am. dec.1963, 43, n° 6, 1647-1649.
- 17- DE PALMA A.F. & SILBERSTEIN C.E. - "results following a modified Magnuson procedure in recurrent dislocation of the shoulder".
Surg. clin. north-am., dec 1963, 43, n° 6, 1651-1653.
(biblio)
- 18- FAVRE R. - "Un procédé de butée préglénoïdienne juxta-capsulaire dans la luxation récidivante de l'épaule".
Presse méd. 6 nov 1954, 62, n° 73, 1519.
- 19- FAVRE R. & GANASCIA P. - "La butée préglénoïdienne juxta-capsulaire dans la luxation récidivante de l'épaule (à propos de 37 observations)".
Mém. Acad. chir., juin 1962, 88, n° 22-23, 626-628.
- 20- FOUCHER M. - "Résultats lointains de l'intervention de Lenormant-Wilmoth dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule".
Lyon chir., oct 1950, 45, n° 7, 865-868.

- 21- FOURRIER P. - "Luxation habituelle de l'épaule, devenue irréductible. Réduction sanglante et opération de Nicola". Lyon chir., juil 1958, 54, n° 4, 592-593.
- 22- GENESTRE R. - "Luxations récidivantes de l'épaule traitée par l'opération de Bankart (à propos de 63 observations). Rev. chir. orthop., nov-déc 1961, 47, n° 6, 638-640.
- 23- GENESTRE R. - "Luxations récidivantes de l'épaule traitées par l'opération de Bankart (mise au point de l'article précédent). Rev. chir. orthop. Oct-nov 1967, 52, n° 7, 665-666.
- 24- GOSSET J. - "Une technique de greffe coracoglénôïdienne dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule". Mém. Acad. chir., Mai 1960, 86, n° 14-15, 445-447.
- 25- HUGUIER J. & CHATAIN V. - "L'opération de Robineau pour luxation récidivante de l'épaule". J. Chir., déc 1950, 66, n° 12, 845-850.
- 26- LATARGET M. - "A propos du traitement des luxations récidivantes de l'épaule". Lyon chir, nov-déc. 1954, 49, n° 8, 994-997.
- 27- LATARGET M. RICARD R. & LUDIN P. - "La butée préglénôïdienne par vissage coracoïdien dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule". Mém. Acad. chir., mai 1961, 87, n° 15-16, 457-460.
- 28- LATARGET M. - "Technique de la butée coracoïdienne préglénôïdienne dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule". Lyon chir., juil 1958, 54, n° 4, 604-607.
- 29- LATARGET M. - "Résultat récent d'une butée coracoïdienne pré-glénôïdienne pour luxation récidivante de l'épaule gauche." Lyon chir. sept 1963., 59, n° 5, 777.
- 30- LATARGET M. - "Techniques chirurgicales dans le traitement de la luxation récidivante de l'épaule antéro-interne. Lyon chir., nov 1964, 61, n° 2, 313-318.
- 31- LATASTE J. & DOCQUIER J. - "L'opération de Bankart dans la luxation récidivante de l'épaule". Acta. chir. Belg., nov 1961, 60, n° 8, 797-803.

- 32- LAVIK K. - "Habitual shoulder luxation ; Eden-Hybinette's opération".
Acta. orthop. scand., 1961, 30, n° 4, 251-264 (bibliographie). Résumé français.
- 33- LECLERC G.C. - "Valeur de l'opération de hybinette dans les luxations récidivantes de l'épaule".
Lyon chir., nov 1958, 54, n° 6, 913-914.
- 34- LINDAHL O. - "Résultats tardifs de la luxation récidivante de l'épaule après opération d'Orelle".
Acta. orthop. scand., 1956, 25, n° 4, 281-286 (résumé français).
- 35- LUDIN P. - "La butée coracoïdienne préglénoïdienne dans les luxations récidivantes de l'épaule".
Thèse Lyon 1961.
- 36- MAKHLOUF A. - "Dix cas de luxations récidivantes de l'épaule opérés suivant la technique de Nicola".
Mém. Acad. chir., févr-mars 1955, 81, n° 8-9, 237-240.
- 37- MASMONTEIL F. & LEURET J. - "Luxation récidivante de l'épaule avec interposition interglénohumérale du tendon du long biceps. Opération de Nicola".
Mém. Acad. chir., nov 1946, 72, n° 29-30-31, 485-487.
- 38- MASMONTEIL F. & ILLOUZ Y. - "Luxations récidivantes de l'épaule. Etude critique et procédés thérapeutiques".
Annales de chir., nov 1956, 32, n° 12-13, 111-118.
- 39- MERLE D'AUBIGNE R. - CAUCHOIX J. - ALKALAY E. - "Sur le traitement des luxations récidivantes de l'épaule".
Rev. chir. orthop. avril-juin 1951, 37, n° 2, 119-124. (bibliographie).
- 40- MERLE D'AUBIGNE R. - "Instruments pour l'opération de Bankart dans la luxation récidivante de l'épaule".
Mém. Acad. chir., déc 1952, 78, n° 33-34, 966.
- 41- MERLE D'AUBIGNE R. & TUBIANA R. - "Luxations récidivantes de l'épaule".
Mém. Acad. chir., nov 1956, 82, n° 29-30, 930-934.

- 42- MERLE D'AUBIGNE R. - "Traumatismes anciens du membre supérieur". 1958.
Masson édit. p. 153-193.
- 43- MOSELEY H.F. - "The basics lesions of recurrent antero-dislocation of shoulder".
Surg. Clin. North-Amer. Déc. 1963, 43, n°6, 1631-1634.
- 44- de MOURGUES G. - "Operation de Oudard deuxième manière pour luxation récidivante de l'épaule. Excellent résultat de 10 ans".
Lyon Chir., nov-déc. 1956, 51, n°6, 744-745.
- 45- NICOLA T. - "Recurrent dislocation of shoulder".
Amer. J. Surg., July 1953, 86, n°1, 85-91 (bibliographie)
- 46- OUDARD M. - "Le traitement de la luxation récidivante de l'épaule (variété antéro-interne) par la butée osseuse".
Rev. Chir., Mai 1943, Tome 62, n°5-6, 113-130.
- 47- PADOVANI P. - "Résultats des butées coracoïdiennes pour luxation récidivante de l'épaule".
Rev. Chir. Orthop., Oct-Déc. 1951, 37, n°5-6, 513-515.
- 48- PADOVANI P. - "A propos du traitement des luxations récidivantes de l'épaule".
Mém. Acad. Chir., nov. 1956, 82, n°29-30, 936-937.
- 49- PADOVANI P. - "Luxation récidivante de l'épaule".
L'Hôpital. Mai 1965, Hors-série, n°759bis, p.541-544
- 50- PERVES J. - "Luxation récidivante de l'épaule (présentation de malade)".
Mém. Acad. Chir., Déc. 1953, 79, n°33, 839-840.
- 51- RAINAUT J.J. - "Luxation récidivante de l'épaule. Mise au point à propos de l'intervention de Latarget".
Gaz. Méd. France, Juil. 1963, 70, n°13, 2303-2310.
- 52- RIEUNAU G., GAY et SUSKIEWENSKI
"Butée ostéoplastique des luxations récidivantes de l'épaule. Technique personnelle (9 observations).
Lyon Chir., nov. 1958, 54, n°6, 910-913.
- 53- ROBERT - "Luxations récidivantes de l'épaule traitées par butée préglénoïdienne".
B.M. Soc. Chirurgiens Paris, 1964, 54, n°3, 90-93
(bibliographie)

- 54- ROCHER Ch. - Opération de Nicola pour luxation récidivante de l'épaule.
J. Méd. Bordeaux, Avril 1954, 131, n°4, 393.
- 55- ROWE C.R. - "Prognosis in dislocations of the shoulder".
J. Bone Joint Surg., Oct. 1956, 38A, n°3, 957.
- 56- ROWE C.R. et CARTER - "The results of operative treatment of recurrent dislocation of the shoulder."
Surg. Clin. North-Amer. Déc. 1963, 43, n°6, 1663-1670.
- 57- SICARD A. - "Traitement de la luxation récidivante de l'épaule par la technique de Dickson O'Dell".
Presse Méd. Oct. 1953, 61, n°61, 1245-1246.
- 58- SICARD A. - "A propos de la butée préglénoïdienne dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule".
Mém. Acad. Chir. Oct. 1962, 88, n°24-25, 678-679.
- 59- TAVERNIER L. "Rapport au Congrès français d'Orthopédie"
Rev. Orthop. 1929, 16, 575.
- 60- TAVERNIER L. - "La butée coracoïdienne dans le traitement des luxations récidivantes de l'épaule".
Lyon Chir., Déc. 1949, 45, n°3, 363-366.
- 61- TRILLAT A. - "Traitement de la luxation récidivante de l'épaule. Considérations thérapeutiques".
Lyon Chir., nov-déc. 1954, n°8, 986-993.
- 62- TRILLAT A. et DEJOUR H. - "Considérations sur l'étiologie et le traitement des luxations récidivantes de l'épaule".
Rev. Chir. Orthop., Mars 1965, 51, n°2, 215.
- 63- TRILLAT A., DEJOUR H. et ROULLET J. - "Luxation récidivante de l'épaule et lésions du bourrelet glénoïdien".
Rev. Chir. Orthop., sept. 1965, 51, n°6, 525-544 (bibliographie)
- 64- TUBIANA R. - "Luxations récidivantes de l'épaule"
Encyclopédie médico-chirurgicale. App. Locomoteur.
Tome 2. Pages 14085-D50.
(Bibliographie).

